Aus der
Universitäts-Frauenklinik Charlottenburg
1000 Berlin 19, Pulsstraße 4
Direktor: Prof. Dr. med. Herbert Lax

Untersuchung über die Häufigkeit und Dauer des Stillens und den Einfluß psychosozialer Faktoren in West-Berlin (1973 – 1975)

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Michael Goldstein
aus Berlin

1978

Aus der
Universitäts-Frauenklinik Charlottenburg
1000 Berlin 19, Pulsstraße 4
Direktor: Prof. Dr. med. Herbert Lax

Untersuchung über die Häufigkeit und Dauer des Stillens und den Einfluß psychosozialer Faktoren in West-Berlin (1973 – 1975)

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Michael Goldstein
aus Berlin

Referent: Priv. Doz. Dr. med. M. Stauber
Korreferent: Prof. Dr. med. H. Genz

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 11.9.1978

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Druck: H. Franzen, 1000 Berlin 21, Tel. 391 23 25

Inhaltsverzeichnis

1.0	Stillverhalten in verschiedenen Kulturen und Epochen	S. 9
2.0	Psycho- und soziodynamische Aspekte des Stillens	S. 15
3.0	Diskussion zur Situation der Geburt und zur Situation der Mutter-Kind-Beziehung unter den Bedingungen der modernen Entbindungsklinik	S. 22
3.1	Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bei der Entbindung	S. 23
3.2	Die Trennung von Mutter und Kind in der Entbindungsklinik	S. 24
4.0	Ziele der Untersuchung	S. 28
4.1	Primär (kurzfristig) angestrebte Ziele	S. 28
4.1.1	Ermittlung von Häufigkeit und Dauer des Stillens	S. 28
4.1.2	Häufigkeit und Dauer beeinflussende Faktoren	S. 28
4.1.2.1	Persönlich-familiäre und gesellschaftliche Faktoren	S. 28
4.1.2.2	Planung und Verlauf der Schwangerschaft, Ablauf der Geburt	S. 28
4.1.2.3	Erlebniswert und Bewertung des Stillens; Abstillgründe	S. 29
4.1.2.4	Stellung des Kindes; Einstufung kindlicher Bedürfnisse	S. 30
4.1.2.5	Partnerbeziehung	S. 30

4.2	Sekundär (langfristig) angestrebte Ziele	S. 30
5.0	Methodik	S. 31
5.1	Inhalt und Umfang des Untersuchungsbogens	S. 31
5.2	Modalitäten der Verteilung der Untersuchungsbögen	S. 31
5.3	Auswertung der Untersuchungsbögen	S. 32
6.0	Ergebnisse der Auswertung	S. 34
6.1	Stillhäufigkeit und Stilldauer	S. 35
6.2	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer psycho-sozialer Faktoren; interfaktorelle Beziehungen	S. 36
6.2.1	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Schichtzugehörigkeit	S. 36
6.2.2	.... der Faktoren: Alter der Befragten; Alter des Partners	S. 38
6.2.3	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Alter des Kindes	S. 39
6.2.4	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Familienstand	S. 40
6.2.5	.... des Faktors: Ehedauer	S. 40
6.2.6	.... des Faktors: Kinderzahl der Befragten	S. 41
6.2.7	.... des Faktors: Geschwisterzahl der Befragten	S. 42
6.2.8	.... des Faktors: Berufstätigkeit vor und nach Entbindung	S. 43
6.2.9	.... des Faktors: Kenntnisse über Mutterschutzgesetze	S. 45

6.2.10	.... des Faktors: Versorgung des Kindes nach Ablauf des Mutterschutzes	S. 47
6.2.11	.... des Faktors: Schwangerschaftsplanung	S. 48
6.2.12	.... des Faktors: Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft	S. 49
6.2.13	.... des Faktors: Schwangerschaftsbeschwerden	S. 51
6.2.14	.... des Faktors: Figürliche Beeinträchtigung durch Schwangerschaft	S. 54
6.2.15	.... des Faktors: Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind	S. 56
6.2.16	.... des Faktors: Art der Entbindung	S. 60
6.2.17	.... des Faktors: Subjektive Einstufung des Geburtsverlaufs	S. 62
6.2.18	.... des Faktors: Anwesenheit des Partners bei der Entbindung	S. 64
6.2.19	.... des Faktors: Zeitpunkt der Erstsicht des Kindes durch die Mutter nach der Geburt	S. 66
6.2.20	.... des Faktors: Emotionelle Reaktion der Mutter beim ersten Anblick des Kindes	S. 68
6.2.21	.... des Faktors: Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft	S. 69
6.2.22	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Häufigkeit der ärztlichen Betreuung im Verlauf der Schwangerschaft	S. 70
6.2.23	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Erwähnung des Stillens durch den die Schwangere betreuenden Arzt	S. 70
6.2.24	.... des Faktors: Entbindungsklinik	S. 72
6.2.25	.... des Faktors: Verhalten des Klinikpersonals zum Stillgeschehen	S. 75
6.2.26	.... des Faktors: Unterstützung in der Klinik beim Stillen und Abpumpen	S. 77

6.2.27	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Häufigkeit des Anlegens des Säuglings zum Stillen in der Entbindungsklinik	S. 79
6.2.28	.... des Faktors: Einstufung der zum Stillen in der Klinik zur Verfügung stehenden Zeit als aus- oder unzureichend	S. 80
6.2.29	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Von den Befragten zum Stillen bevorzugte räumliche Bedingungen	S. 82
6.2.30	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in	S. 83
6.2.31	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang	S. 86
6.2.32	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Beeinträchtigung der Form der Brüste durch den Stillvorgang	S. 89
6.2.33	.... des Faktors: Ansichten über entscheidende Voraussetzungen für die Muttermilchproduktion	S. 90
6.2.34	.... des Faktors: Ansichten zum Vergleich künstlicher mit natürlicher Säuglingsnahrung	S. 91
6.2.35	Häufigkeitsverteilung der Stillzeiten vorangehender Kinder; vorherige Stilldauer - jetzige Stilldauer	S. 94
6.2.36	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Beabsichtigte Stillzeiten beim nächsten Kind	S. 95
6.2.37	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Einflußnahmen auf die Entscheidung zu stillen	S. 96

6.2.38	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Einflußnahmen auf die Entscheidung nicht zu stillen	S. 98
6.2.39	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Einstellung des Partners zum Stillen	S. 98
6.2.40	.... des Faktors: Einstellung der Mutter der befragten Frauen zum Stillen	S. 99
6.2.41	.... des Faktors: Selbsterfahrenes Stillen	S.100
6.2.42	.... des Faktors: Gründe des Abstillens	S.101
6.2.43	.... des Faktors: Häufigkeit des Gewichtskontrolle des Kindes	S.103
6.2.44	.... des Faktors: Prinzip der Nahrungsverabreichung	S.105
6.2.45	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Durchschnittlich aufgewendete Zeit pro Stillakt	S.106
6.2.46	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Ansichten der Befragten zum Zusammenhang Stillen/seelische Entwicklung	S.106
6.2.47	.... des Faktors: Reaktives Verhalten auf kindliches Schreien	S.108
6.2.48	Häufigkeitsverteilung des Faktors: Bevorzugte Person, mit der die Befragten Probleme, die sich mit dem Kind ergeben, erörtern	S.110
6.2.49	.... des Faktors: In wichtigen Familienangelegenheiten Entscheidungen treffender Partner	S.111
6.2.50	Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Charakter der Partnerbeziehung	S.112

6.3	Übersicht der von den Befragten zum Thema des Untersuchungsbogens selbstformulierten Kommentare	S.113
6.4	Ergebnisse der Faktorenanalyse	S.115
7.0	Diskussion	S.119
8.0	Zusammenfassung	S.121
9.0	Literaturverzeichnis	S.124
10.0	Untersuchungsbogen	S.134
11.0	Danksagung	S.145
12.0	Lebenslauf	S.146

1.0 Stillverhalten in verschiedenen Kulturen und Epochen

Die überlieferten Materialien vergangener Kulturen und Zeiträume belegen, daß mit zunehmendem Zivilisationsgrad eines Volkes die ursprüngliche Selbstverständlichkeit des Stillens in Frage gestellt werden konnte, daß an die Stelle der Mutter die Amme oder die Tiermilchernährung trat.
Der Ersatz der nährenden Mutter - in der Entwicklung der Völker eine primär aus der Not geborene Maßnahme - durch Fremdmilchernährung ist kein Produkt der vehementen technischen Entwicklung des 19. oder 20.Jahrhunderts.
Je mehr die biologische Notwendigkeit in Form eines Stillzwanges in den Hintergrund trat, desto eher konnte das Stillen als nicht mehr rein nutritiver Vorgang interpretiert werden, konnte eine Befürwortung, Einschränkung oder Ablehnung aus religiösen, psychosozialen oder medizinischen - bedenklicherweise auch eugenischen - Gründen vorgenommen werden.

Bei Babyloniern, Assyrern und Ägyptern (Zeitraum ca. 3500 - 300 v.Chr.) scheinen für die meisten Mütter Stilldauern von 2 - 3 Jahren eine unumgängliche Norm gewesen zu sein.
Andererseits muß man ein gut entwickeltes Ammenwesen postulieren, da regelrechte Ammenverträge und auch Vorschriften für die Ernährungs- und Lebensweise der Ammen überliefert sind.
Bildlichen Darstellungen kann man die Anwendung der Kuhmilchernährung entnehmen, wahrscheinlich älteren Kindern vorbehalten, da direkt am Euter des Tieres gesäugt wurde; inwieweit Tiermilchernährung als Alternative zum Brutstillen bekannt war und angewendet wurde, läßt sich daraus nicht sicher herleiten.
Im Ägypten der damaligen Zeit existierte der Glaube, daß die Eigenschaften der Ammen auf die von ihnen genährten Kinder übertragen werden. Bei der als Amme auszuwählenden Person mag es bestimmte voraussetzungserfüllende Kriterien gegeben haben; be-

kannt ist, daß die Ammen eine Sonderstellung innerhalb des Familienverbandes einnahmen, was auch aus den Beziehungen der Pharaonen zu ihren Ammen hervorgeht (D i e p g e n, 12; S c h l i e b e n, 61).

Aus dem fernöstlichen Kulturkreis - speziell Indien - liegen genaue Beschreibungen vor über die Art und Zusammensetzung der Säuglingsnahrung in den ersten Tagen nach der Geburt, die nur zum Teil und erst nach Ablauf bestimmter Fristen aus Muttermilch bestand. Vorwiegend religiöse Motive scheinen den ritualen Charakter der Ernährungsweise geprägt zu haben.
Nach 10 Tagen schien es üblich zu sein, die Kinder einer Amme zu übergeben. Über die Beschaffenheit der körperlichen und charakterlichen Eigenschaften der auszuwählenden Amme bestanden ausgeprägte Vorstellungen, schließlich mußten die Ammen gewillt sein, bestimmte Richtlinien einzuhalten; denn u.a. wurden einzelne Erkrankungen im Säuglingsalter auf fehlerhafte Ernährung der Stillenden zurückgeführt. Auch Aufregung, Angst und Besorgnis sollten die Milch verderben und waren daher von den Ammen fernzuhalten. Daraus wird ersichtlich, daß im Stillen mehr als nur eine ernährende Funktion gesehen wurde.
Die Berichte zur Dauer des Stillens sprechen sowohl für Indien (als auch für das damalige China und Japan) von mindestens 2 Jahren (D i e p g e n, 12; S c h l i e b e n, 61).

Über Stillgewohnheiten der Hebräer (Zeitraum ca. 1200 v.Chr. - 100 n.Chr.) wird schon im Talmud berichtet.
Das Stillen durch die leibliche Mutter schien die Regel zu sein, Ammen den Ausnahmefällen vorbehalten.
Die als Minimum geforderte Stilldauer betrug 2 Jahre.
Ein Kind durfte einer Amme dann nicht mehr übergeben werden, wenn es seine eigene Mutter kannte, da dieser Wechsel der Bezugsperson als für das Kind lebensgefährlich erachtet wurde!
Die Amme durfte sich nur dem ihr übergebenen Kind widmen, nicht einmal ihr eigenes versorgen; was mit diesem geschah, bleibt unklar.

In Griechenland und anfangs auch im Römischen Reich (Zeitraum bis 300 n.Chr.) sah man im Selbststillen durch die Mutter eine natürliche Pflicht.
Gestillt wurde wahrscheinlich so lange, bis die Kinder feste Nahrung zu sich nehmen konnten. War das Selbststillen aus irgendwelchen Gründen nicht vollziehbar, wurde tierische Milch aus zum Absaugen geeigneten Gefäßen verabreicht oder eine Amme hinzugezogen. Die Griechen bevorzugten als Ammen Frauen aus Sparta, die als besonders robust galten.
Wahrscheinlich ist, daß die Geschichtsschreibung in diesem Fall Verhaltensweisen einer oder einzelner Schichten eines Volkes berichtet hat, die überlieferten Angaben eventuell wenig über die Quantität ihrer Anwendung aussagen.

Mit zunehmender Bestehensdauer des Römischen Reiches geriet Selbststillen immer mehr aus der Mode. Wurde dieser Umstand anfänglich sogar von führenden Staatsmännern beklagt, die darin eine Ursache für das Ausbleiben hervorragender Persönlichkeiten sahen, so erfuhr das Ammenwesen noch weitere Verbreitung durch die Ansichten des Arztes S o r a n u s. Da er die Meinung vertrat, daß Stillen die Mütter schwäche und die Muttermilch in den ersten 20 Tagen nach der Geburt schädlich sei, empfahl er Stillen durch eine Amme (für die die von ihm gesehenen Gefahren entweder gar nicht oder nur bedingt galten). Nach Möglichkeit nahm man sich als Amme eine Griechin, die im Wesen und in der Lebensführung bestimmte Qualitäten aufweisen sollte.
Von den überlieferten - ausgesprochen umfangreichen - Ansichten des S o r a n u s bezüglich pflegerischer und erzieherischer Maßnahmen für Mutter und Kind sind einige auch heute noch oder wieder gültig: Stillen müsse zu festen Zeiten erfolgen; das Schreien des Kindes käme - wenn kein ausreichender Grund erkennbar sei - den Lungen und der Verdauung zu gute.
Allerdings wurde ihm auch schon von Zeitgenossen widersprochen, die u.a. dagegenhielten, daß sich die Eigenschaften der Amme - gemeint waren vorrangig schlechte - auf die Kinder übertragen würden, daß keine ausreichende Liebesbeziehung zwischen Eltern und Kindern entstehen könne, zumal die Ammen in die Familien

aufgenommen wurden und an der Erziehung teilnahmen - oft bis zum Erwachsenenalter der Kinder (D i e p g e n, 12; S c h l i e b e n, 61).

Die bisher erwähnten - für die abendländische Entwicklung so entscheidenden - Kulturen gingen alle von der Hypothese aus, daß mit der gebotenen Milch die Eigenschaften der Stillenden auf das gestillte Kind übertragen werden.

Waren es in Rom überwiegend die oberen sozialen Schichten, die ihre Kinder nicht selbst stillten, so stillten die germanischen Mütter aller Klassen grundsätzlich selbst. War ihnen das nicht möglich, wurde Kuhmilch in Tierhörnern verabreicht. Ob Ammen als alternative Möglichtkeit überhaupt bekannt waren, wird - zumindest von T a c i t u s - nicht berichtet (S c h l i e b e n, 61).

In der Zeit vor und im 15. und 16.Jahrhundert galt das Primat der Muttermilchernährung ebenfalls nicht uneingeschränkt.- Bei der Auswahl der Ammen sollte große Sorgfalt verwandt werden, sie mußten beispielsweise gleichen Ständen entstammen. Wer sich keine Amme leisten konnte, mußte Tiermilch füttern, Saugflaschen waren schon bekannt.
Die Kenntnisse über die Stillgewohnheiten der damaligen Zeit entstammen hauptsächlich Schriften, die sich gegen die Unsitte des Nicht-Selbststillens wenden, vorgelegt hauptsächlich von Ärzten, u.a. aber auch von M a r t i n L u t h e r. Übermäßiges Schreienlassen wird getadelt, Muttermilch als natürlichste Quelle für eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes betrachtet. Die empfohlene Dauer des Stillens betrug 2 Jahre (S c h l i e b e n, 61).

Islamische Gesetze zur Ehe und Stellung der Frau sprechen zur selben Zeit sogar von einer Stillp f l i c h t - ebenfalls von 2jähriger Dauer (D i e p g e n, 11).

Im 17. und 18.Jahrhundert wurden in Mitteleuropa in den ersten Tagen nach der Geburt wahrscheinlich statt Muttermilch, die der Verdauung abträglich sein sollte, süßlich schmeckende Mixturen gefüttert. Von einigen gelehrten Zeitgenossen als Unart angeprangert, gab es andere, die Tiermilchernährung als für einzig richtig hielten, denn es hieß, daß mit Muttermilch auch Krankheiten übertragen werden.
Das Preußische Landrecht von 1794 schreibt gesunden Müttern vor, ihr Kind selbst zu stillen. Die Dauer des Stillens wurde vom Vater bestimmt, der sich aber - wenn die Situation es verlangte - dem Rat eines Sachverständigen beugen mußte (D i e p g e n, 13; S c h l i e b e n, 61).

Im 19. und 20.Jahrhundert bekommt Stillen eine neue Wertigkeit, da mit zunehmender Kenntnis ernährungsphysiologischer Vorgänge und der Schaffung relativ adäquater künstlicher Säuglingsnahrungen Muttermilch als Nahrungsfaktor in erheblichem Umfang austauschbar wird; daß sie nicht in allen Funktionen durch künstliche Nahrung ersetzt werden kann, zeigen immer wieder die Diskussionsergebnisse gerade über die Bedeutung des übertragenen Infektionsschutzes per Muttermilch (68).
Diese Entwicklung noch nicht ahnend, schreibt 1802 B. Chr. F a u s t in seinem Gesundheitskatechismus, daß neben der Muttermilch die Liebe und Sorgfalt der Mutter dem kleinen Kinde das größte Bedürfnis sei, daß 9, höchstens 12 Monate oder bis das Kind 4 Zähne habe, gestillt werden soll (F a u s t, 17).

Mitte des 19.Jahrhunderts wird die hohe Säuglingssterblichkeit im Bundesstaat Württemberg auf die verbreitete Unsitte des Nicht-Stillens zurückgeführt und die Hebammen werden angewiesen, die Wöchnerinnen zum Stillen anzuhalten (P i s t o r, 52).

Zu Beginn dieses Jahrhunderts soll bei den meisten europäischen Völkern der Zeitraum des Stillens ungefähr 1 Jahr betragen haben; andererseits waren längere Stillzeiten bei der Landbevölkerung und dem städtischen Proletariat üblich.

Das Stillen des Neugeborenen wird als eheliche Pflicht aufgefaßt - Verletzungen dieser Pflicht aus Vergnügungssucht oder

aus Rücksicht auf äußere Schönheit werden strikt abgelehnt. Nach 9 oder 10 Monaten galt Stillen allein nicht mehr als ausreichende Ernährung (S e n a t o r, 64).

Zur Zeit und nach dem 1.Weltkrieg rückt der volkswirtschaftliche Aspekt des Stillens in den Vordergrund, Stillprämien werden eingeführt.

Gesetzgeberische Maßnahmen schaffen einen Mutterschutz, regeln das Ammenwesen und gewährleisten postpartale Stillzeiten (61).

Beeinflussung der Leistung der weiblichen Brustdrüse durch psychische und vegetativ-nervöse Vorgänge werden in medizinischen Kreisen ebenso diskutiert (C z e r n y, 10) wie die Überlegung, kranke Kinder zusammen mit ihren Müttern in den Krankenanstalten unterzubringen (61).

Die Ammen werden nicht mehr nur als Mietmütter betrachtet, auf deren eigenes Kind keine Rücksicht zu nehmen sei.

Die Entwicklung und der Ausbau der Psychoanalyse und der Verhaltensforschung schaffen Gesichtspunkte des Stillgeschehens zu Tage, die vielleicht geahnt aber nicht formuliert waren.

Mindestens bis kurz nach dem 2.Weltkrieg hatte Stillen in Deutschland den Charakter der Selbstverständlichkeit.

Die beobachtete kontinuierliche Abnahme der Stillhäufigkeit und -dauer (z.B. E c k a r d t, 15; M e y e r, 40) in den letzten 2 - 3 Jahrzehnten wird verständlich durch eine überwiegend nutritive Betrachtungsweise des Stillgeschehens.

2.0 Psycho- und soziodynamische Aspekte des Stillens

Zur psychodynamischen Betrachtung der Entwicklung normaler und abweichender Objektbeziehungen im ersten Lebensjahr liegen wesentliche Beiträge - teilweise gestützt auf experimentelle Untersuchungen - von S p i t z (67), W i n n i c o t t (74, 75), u.a. vor.

Erste Objektbeziehungen werden vom heranwachsenden menschlichen Organismus, damit er ein funktionierendes soziales Wesen werden kann, in der Beziehung zwischen Mutter (konstanter Bezugsperson) und Kind, der Dyade, hergestellt.

Entwicklung und Reifung der menschlichen Psyche sind eine Folge der "Herstellung und fortschreitenden Entfaltung immer bedeutungserfüllterer Objektbeziehungen, das heißt sozialer Beziehungen" (67).

Aus der Wechselbeziehung zwischen Mutter und Kind stammen die wichtigsten Faktoren, die dem Kind gestatten, allmählich ein begriffliches Weltbild aufzubauen. Jener Teil der Objektbeziehungen, "der sequenziell als Zyklus von Aktion, Reaktion und wieder Aktion innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung abläuft, schafft für das Kleinkind eine einzigartige eigene Welt, ein spezifisches affektives Klima. Dieser Zyklus befähigt das Kleinkind schrittweise bedeutungslose Reize in bedeutungserfüllte Signale umzuwandeln" (67).

Innerhalb der ersten 6 Lebenswochen wird als erstes bedürfnisbefriedigendes Signal das menschliche Gesicht im Gedächtnis des Säuglings gespeichert; mit seinen Blicken folgt er den Bewegungen dieses Signals.

Es gibt Hinweise, daß die Einprägung dieser Gedächtnisspur bei Brust- und Flaschenkindern differiert; denn das Brustkind fixiert beim Stillen ununterbrochen das Gesicht der Mutter, bis es befriedigt einschläft. Bei Flaschenkindern ist dieses Phänomen nicht verläßlich oder regelmäßig zu beobachten (67).

Daraus läßt sich die Hypothese herleiten des für Gestillte different ablaufenden Lernprozesses bezüglich Wahrnehmung und Orientierung. "Wenn das Kind nämlich an der Brust trinkt, f ü h l t

es die Brustwarze im Mund, während es zur gleichen Zeit das Gesicht der Mutter s i e h t. Hier vermischt sich Tastwahrnehmung mit Fernwahrnehmung; beide werden Bestandteile ein und derselben Erfahrung. Diese Vermischung macht den Weg frei für einen allmählichen Übergang von der Orientierung durch Berührung zur Orientierung durch Fernwahrnehmung, da sich die optische Wahrnehmung als die konstantere erweist. Hier findet ein wesentlicher Lernvorgang statt" (67).
Das Fortschreiten von einer Unterklasse der Wahrnehmung zur nächsten hängt von Fall zu Fall mit den besonderen Verhältnissen der Stillsituation zusammen (beispielsweise könnten bei schizophrenen Kindern Entwicklung und Integration der Wahrnehmungsweisen in einer kritischen Periode gestört worden sein).

Stillende Mütter sollen über eine gesteigerte Sensibilität verfügen (S c h m i d t - R o g g e, 62).
Eine Deutung dieser Sensibilitätssteigerung als "Rezeptoren(re)-aktivierung" ergibt sich aus den von S p i t z (67) formulierten Wahrnehmungssystemen, der coenästhetischen Organisation (extensive, viscerale Empfindung; im autonomen Nervensystem zentriert; Manifestation in Form von Affekten) und der diakritischen Organisation (Wahrnehmung mittels peripherer Sinnesorgane; in der Hirnrinde zentriert; Manifestation in Form kognitiver Leistungen), die sich ablösen, d.h. zeitlich nacheinander entwickeln, wobei die coenästhetische Organisation in den Merkmalen des Unbewußten bestehen bleibt.- Während der Schwangerschaft und in der postpartalen Zeit erlangen Mütter ihre potenzielle Fähigkeit zur coenästhetischen Reaktion wieder. Der Unterschied in der coenästhetischen Empfindlichkeit einer stillenden Mutter zu einer Nicht-Stillenden oder Nullipara zeigt sich in der größeren Empfänglichkeit für kindliche Signale (67).

Unterschiedliches Stillverhalten - Nichtstillen, Stillen von verschiedener Dauer, Stillen in variierendem affektiven Klima - kann in Verbindung mit weiteren Eigenschaften der Mutter eine unterschiedliche Ausprägung der Objektbeziehungen zur Folge haben.

Diese unterschiedliche Entwicklung vermag unter bestimmten

Voraussetzungen zu psychotoxischen Erkrankungen im Säuglings- und Kindesalter oder auch später führen, hervorgerufen durch mütterliche Verhaltensweisen wie z.B. primäre unverhüllte Ablehnung oder primäre ängstlich übertriebene Besorgnis (67). Diese Verhaltensweisen - dem Konglomerat mütterlicher Persönlichkeitsfaktoren entspringend - und natürlich auch andere, "normale" Verhaltensweisen sind andererseits wiederum eine Ursache für eine differentes Stillverhalten überhaupt.

Letztlich nicht ganz klar - sicherlich aber nicht ohne Einfluß - ist in diesem Zusammenhang die Frage zu sehen, ob die betreffende Mutter als Säugling selbst gestillt worden ist und welcher Erlebniswert ihrer Entwicklung dadurch beigesteuert wurde. Keinesfalls wird der komplexe Stillvorgang als Spur im Unbewußten gelöscht. I s a k o w e r (30) berichtete 1938 - inzwischen durch andere Untersucher bestätigt und erweitert (z.B. G a r m a 1955, 20) -, daß seine Patienten Wahrnehmungen erinnert hätten, die das frühe Erlebnis des Saugens an der Mutterbrust darstellen. Die patientenseitige Schilderung dieses "Isakower-Phänomens" ist mit Emotionen wie Angst, Panik, Frustrationsgefühlen schlechthin oder mit Freude, Befriedigung und Wohlgefühl verbunden. Das Phänomen ist kein Ereignis, dessen Schilderung etwa nur bei psychopathologischer Konstellation beobachtet wird, sondern auch bei psychisch unauffälligen Probanden, beispielsweise in bestimmten Schlafphasen, bei Fieberzuständen und unter dem Einfluß von Drogen (E a r s o n, 14), d.h. in Situationen verminderter Bewußtseinskontrolle.

In einer Untersuchung von H u g h e s und H a w k i n s (27), in der ängstliches und tendenziell neurotisches Verhalten in Beziehung gesetzt wurden zur Dauer des erfahrenen Stillens, lagen Nicht-Gestillte in signifikant höheren Bereichen als Gestillte.

Es sei daran erinnert, daß die orale Phase im ersten Lebensjahr die Grundlage bildet für die Ursprünge des Vertrauens und des Mißtrauens, ein ganzes Leben lang potenzielle Quellen von Urangst und Urhoffnung (E r i k s o n, 16), daß in dieser Phase das Saugerlebnis an der Mutterbrust der Ausgangspunkt des ge-

samten späteren Sexuallebens wird (F r e u d, zitiert nach H ö c h s t e t t e r, 25).
Diese Phase wird beherrscht vom Modus der Einverleibung; seine über- oder untergeordnete Stellung im weiteren Verlauf des Lebens wird bedingt durch Vorhandensein oder Fehlen der gegenseitigen Regulierung mit den Quellen der Nahrung und des oralen Lustgewinnes.
"Die angeborene Fähigkeit des Kindes durch und mit dem Munde einzuverleiben trifft auf die Fähigkeit und Willfährigkeit der mütterlichen Brust, es zu nähren und willkommen zu heißen" (16).

Der Verlust der mütterlichen Brust (Nicht-Stillen, Abstillen) und damit eines spezifischen oralen Lustgewinnes bedeutet Versagung von Befriedigung, hierzulande meist zu einem Zeitpunkt geschehend, wo die orale Zone noch das primäre Korrelat zur Erlangung von Befriedigung darstellt. Die orale Entbehrung (der künstliche Sauger ist nur unzureichender Ersatz der mütterlichen Brust) (67,16) bedarf mindestens der Kompensation durch Befriedigung über andere Rezeptoren (16).
Die Stimulation dieser Rezeptoren (primär Rezeptoren für taktile, sekundär für visuelle und auditorische Reize) als grundsätzlich notwendiges Geschehen und nicht nur als Kompensationsvorgang scheint ein wesentliches Moment der Mutter-Kind-Beziehung zu sein (M o n t a g u, 44).

Es ist nicht der nahrungsgebende Teil des Stillaktes, der für die Mutter-Kind-Beziehung und die psychosoziale Entwicklung des Kindes entscheidend ist, sondern die Gesamtheit sensorischer Anregungen, die dem Kind durch taktile, visuelle und auditorische Medien vermittelt werden (Y a r r o w, 76).
Nach M ü l l e r - B r a u n s c h w e i g (45) steht nicht allein die Frage nach den Vorzügen der Brust- oder Flaschenfütterung im Vordergrund, sondern auch "die zahlreichen anderen Komponenten der Mutter-Kind-Beziehung: die averbalen Beziehungen zwischen Mutter und Kind; d.h. Beziehungen über Gleichgewichts-, Haut- und Temperaturwahrnehmung und ebenfalls über akustische und visuelle Eindrücke.- Daher sind für ihn Brust oder Flasche gewissermaßen austauschbare Größen, denn: "Das Suchen und Saugen

an der mütterlichen Brust o d e r (+) Flasche führt in den meisten Fällen zu einem befriedigenden Erlebnis auf Seiten des Kindes."

(+) Anmerkung 1: Im Original nicht hervorgehoben.

Die Schlußfolgerung zu ziehen, für das spätere psychosoziale Verhalten des Kindes seien überwiegend Verhaltensmuster der Mutter nicht aber Brust- oder Flaschenfütterung ausschlaggebend, erfolgt sicherlich nicht zu Recht; denn die Chance, eine größere Summe sensorischer Anregungen zu erhalten, liegt verglichen mit Flaschenfütterung beim Stillen, wo der Säugling normalerweise oral und manuell - man denke an die Bewegungsabläufe der kindlichen Hände an und mit der Mutterbrust - mehr Hautkontakt findet.-
Die Haut, ein primäres Sinnesorgan des Neugeborenen, wird vermittels ihres taktilen Erlebens für die Entwicklung des Kindes ein entscheidender Faktor - nicht nur im physiologisch-organischen Bereich, wo für diese These diverse experimentelle Beweise vorliegen (z.B. P o t t e n g e r et K r o h n, 53; S o k o l o f f et al., 66), sondern auch bei der Ausbildung von Lernprozessen (= Erlangung psychosozialer oder gemischt psychosozial-somatischer Fähigkeiten).

In einer Untersuchung von H o e f e r und H a r d y (26) schnitten Flaschenkinder gegenüber gestillten Kindern beim Erlernen von Laufen - E c k a r d t (15) bestätigt dieses Ergebnis - und Sprechen schlechter ab.
Einflüsse der Ernährungsmodi (Stillen/Nicht-Stillen) auf die Qualität der Sprache sind in einer detaillierten Studie von B r o a d (7) an 134 europäischen Jungen und Mädchen nachgewiesen worden: Primär war unter den 5-6jährigen Kindern, obwohl sie unter gleichen soziokulturellen Bedingungen aufgewachsen waren, die Sprach- und Lesefähigkeit der Mädchen besser ausgebildet.- Für Jungen hatte das Brauststillen den markanten Effekt, daß es die sonst in diesem Alter bestehende geschlechtliche Diskrepanz bezüglich Klarheit der Aussprache und der Lesefähigkeit nicht in Erscheinung treten ließ.- Gestillte Kinder beiderlei Geschlechts verfügten gegenüber nicht gestillten über eine bessere Tonqualität, was bei Jungen noch deutlicher war.-

Die Untersucher schlossen aus ihren Ergebnissen, daß Reifungsprozesse bei gestillten Kindern - bevorzugt Jungen - verglichen mit flaschengenährten schneller ablaufen.

Die Gesamtheit der Komponenten der Mutter-Kind-Beziehung sollte zum Ziel der gesunden Ich-Entwicklung führen, u.a. gewährleistet durch zeitliche und persönliche Konstanz einer Bezugsperson, der Mutter, und ihrer Fürsorge, die für den Säugling durch die Kontinuität des Seins, durch die "holding function" der Mutter, Grundlage seiner Ich-Stärke wird (W i n n i c o t t, 74,75).

Ersetzt man innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung die Rolle der Mutter durch das sozio-kulturelle Agens einer Population und berücksichtigt die unterschiedlichen Stillverhalten, so ergeben sich z.T. bemerkenswerte Auswirkungen - natürlich allerdings bedingt durch ein multifaktorielles Geschehen - für den Charakter eines Volkes.
Untersuchungen an ethnologischen Minderheiten in überschaubaren Lebensräumen, wie beispielsweise die von R e n g g l i (54), geben deutliche Hinweise, daß das Stillgeschehen als ein wesentlicher von mehreren Faktoren das Verhalten eines Volkes deutlich in aggressiv-kriegerischer oder kommunikativ-freundschaftlicher Richtung beeinflussen kann.

Die vorangehenden Abschnitte beschäftigten sich überwiegend mit Wirkungen auf den "empfangenden" Teil der Zweierbeziehung: das Kind.
Die psychsozialen Auswirkungen des Stillens auf die Stillende sind mangels einer größeren Zahl geeigneter Untersuchungen nicht eindeutig bekannt, die bekannten Phänomene oftmals nicht kategorisierbar als somatische oder psychische Reaktionen.
Somatische Veränderungen des mütterlichen Organismus im Verlauf des Stillgeschehens im Bereich der primären und sekundären Geschlechtsorgane zeigen Parallelen zu denen des Koitus (M o i r, 43; K i n s e y et al.,32; M a s t e r s, 37; N e w t o n, 48; C a m p b e l l et P e t e r s o n, 8).

Einige Untersucher konnten Differenzen im psychosexuellen Verhalten Stillender und Nicht-Stillender nachweisen ohne allerdings die Behauptung aufstellen zu können, daß diese Verhaltensmuster eine Folge des Stillens sind, d.h. nicht schon vorher bestanden haben.

M a s t e r s und J o h n s o n (38) fanden, daß Stillende post partum ein größeres sexuelles Interesse zeigten als Nicht-Stillende, daß sie durch das Stillgeschehen sexuell stimuliert wurden und eher zur Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs neigten.

Nach S e a r s et al. (58) zeigten sich Stillende in sexuellen Bereichen überhaupt aufgeschlossener und toleranter, was den Ergebnissen von N e w s o n und N e w s o n (46) ähnelt, die über Ablehnung von Sexualität und Nacktheit in Kombination mit Ablehnung des Stillens berichten.

Auch soll nach Berichten von N e w t o n et al. (51) bei Stillenden die Bereitschaft größer sein, mit dem Säugling im gleichen Bett zu liegen als bei Nicht-Stillenden (74% gegen 29%).

Die Diskussion psycho- und soziodynamischer Aspekte des Stillens ist im vorliegenden Fall zweifelsohne eine Summation von Stimmen, die nur positive Aspekte des Stillens nennen, andererseits ist es keine Selektion; denn dem Verfasser sind keine Untersuchungsergebnisse bekannt, die eine negative Wirkung des Stillens im Vergleich zur künstlichen Ernährung für die psychosoziale Entwicklung beschreiben.

3.0 Diskussion zur Situation der Geburt und zur Situation der Mutter-Kind-Beziehung unter den Bedingungen der modernen Entbindungsklinik

Im Verlauf der letzten 100 Jahre ist eine zunehmende Verlagerung der häuslichen Entbindung in speziell dafür vorgesehene Kliniken eingetreten. Die dadurch gewährleistete bessere Überwachung von Mutter und Kind vor, während und nach der Entbindung - ermöglicht durch Anwendung neuester medizinischer Erkenntnisse - hat wesentlich zur Senkung der mütterlichen und kindlichen Mortalität beigetragen.

Einerseits aus moralisch-sittlichen, andererseits aus hygienischen Gründen entwickelte sich ein Konzept, Mütter die Entbindung getrennt von familiären Mitgliedern vornehmen zu lassen, nach der Entbindung die Neugeborenen von den Müttern getrennt unterzubringen und der Restfamilie den Kontakt mit Mutter und Neuankömmling auf Besichtigungs- und Besuchszeiten zu beschränken.

Diese Entwicklung ist unter Berücksichtigung rein medizinischer Gesichtspunkte verständlich.

Der Ausbau und die längst zurückliegende Anerkennung von Fachgebieten, die sich mit der psychischen und sozialen Entwicklung des Menschen beschäftigen, sollte zum Überdenken dieses Konzeptes Anlaß geben, damit wertvolle Erkenntnisse aus diesen Bereichen entsprechend eingebaut werden können (Ciba Foundation Symposium 33, 9; K l a u s, 33).

3.1 Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bei der Entbindung

Für das gemeinsame Erleben der Entbindung durch beide Elternteile spricht allein die nüchterne Überlegung, daß in der Entbindungsklinik nicht nur "Frauen Mütter werden, sondern dort die Geburt einer Familie erfolgt", wie es L i n d (36) formulierte.

Der gleiche Untersucher betrachtet die Anwesenheit des werdenden Vaters auch deshalb als nützlich, weil für eine Unmenge von Frauen die Entbindung eine traumatische Erfahrung darstellt, die u.U. die Etablierung normaler Mutter-Kind-Beziehungen erschweren und auch nachteilig das Verhältnis zum Vater des Kindes beeinflussen kann, gerade dann, wenn nicht nur die Schwangerschaft sondern auch die Geburt zum alleinigen Bewältigungsproblem der Frau wird (36).

Beobachtungen von R u b i n (56) zeigen die Bedeutung der physischen Nähe eines Menschen für die Entbindende und ihr Verhalten zum Kind: "Mütter, die kurz vor und während der Wehen, der Entbindung oder in der nachgeburtlichen Phase von einem Menschen hilfreich und der Situation entsprechend physisch berührt wurden, gehen selbst sehr viel geschickter mit ihren Händen (und ihren Kindern) um. Das trifft sowohl auf Erstgebärende als auf Mütter zu, die schon mehr als ein Kind zur Welt brachten. Wenn die eigenen physischen Berührungserlebnisse der Mutter dagegen distanziert waren und unpersönlich, ist sie im Umgang mit ihrem Kind entsprechend zaghaft und unsicher."

M o n t a g u (44), der sich eingehend mit der Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen beschäftigt hat, gibt uns zu bedenken, "ob es nicht gut wäre, wenn der Ehemann den Körper der werdenden Mutter regelmäßig streichelte, und zwar während der Schwangerschaft, den Wehen und auch nach der Geburt des Kindes."

Es sei dahingestellt, wieweit dies im Einzelfall durchführbar und erwünscht ist. Ein erster Schritt wäre jedenfalls die Anwesenheit des Partners überhaupt in der Entbindungsklinik, um für die Etablierung der Mutter-Kind-Beziehungen und der Fami-

lienbeziehungen günstige Vorausetzungen zu schaffen.
Es ist sicherlich nicht ausreichend, die Anwesenheit lediglich zu gestatten. Der Ehemann sollte wie die Schwangere auf die Entbindung vorbereitet werden, damit der Entbindung die "furchterregende Zukunftsperspektive" (36) genommen wird. Dies setzt das Angebot der Einbeziehung des Ehemannes in die Schwangerenberatung und natürlich dessen Bereitschaft voraus.

3.2 Die Trennung von Mutter und Kind in der Entbindungsklinik

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, verbringen Mutter und neugeborenes Kind die überwiegende Zeit ihres klinischen Aufenthaltes in getrennten Abteilungen, was S p i t z (67) fragen läßt, "ob der Abstand, den wir zwischen uns und unsere Kinder legen, sie nicht gerade des Hautkontaktes, der Muskelreize und der Reize der Tiefensensibilität beraubt, die weniger "fortschrittliche" Völker ihren Kindern verschaffen. Die rasch zunehmende Distanzierung zwischen dem Säugling und seiner Mutter, die in unserem Zeitalter in der Verbannung des Säuglings während der ersten Lebenswoche in eine geschlossene Säuglingsabteilung der Klinik gipfelt, ist in unserer westlichen Kultur eine relativ neue Entwicklung. Sie wurde unter dem Vorwand eingeführt, man müsse die Neugeborenen vor Infektionen schützen. Aber wir sollten uns fragen, ob wir den Neugeborenen durch den Entzug lebenswichtiger Reize, die die Natur für die Jungen aller Säugetiere vorgesehen hat, nicht Schäden zufügen, die die hypothetische Infektionsgefahr bei weitem übertreffen."
Daß man dieser Infektionsgefahr bei Wahrung bestimmter hygienischer Kautelen begegnen kann, muß als bewiesen gelten (L i n d, 36; B a r n e t t et al., 4; W i l l i a m s et O l i v e r, 73; K r i e g et C r e t i u s, 35).

S c h a f f e r und E m e r s o n (59) bzw. A i n s w o r t h (1) haben die Gesetzmäßigkeit formuliert, daß beim Menschen die Bindung des Kindes an die Mutter davon abhängig

sei, wie prompt sie in der ersten Lebenszeit auf sein Schreien eingeht, wie intensiv sie sich mit ihrem Kind beschäftigt, und das heißt, wie häufig das Kind in Körperkontakt mit der Mutter treten kann.

Nach R e n g g l i (54) drückt das Schreien des Kindes grundsätzlich Angsterleben aus. In der ersten Zeit nach der Geburt erlebt das Kind die intensivsten Angsterlebnisse überhaupt, Vernichtungsängsten vergleichbar.-
Die Trennung von Mutter und Kind, das Fehlen der angstlöschenden Wirkung des Körperkontaktes, prägt die Kinder, diese beruhigende Wirkung zu "vermissen." "Die Säuglinge lernen bei uns sehr früh, daß sie nicht lebensgefährdend bedroht sind, wenn sie von der Mutter getrennt in ihrem Bett liegen." Zu dieser Anpassung gelangt ein Kind aber nur über "1. eine wenn auch kurze, aber maximal intensive Angstphase und über 2. ein Mangelerlebnis an Vertrauen zur Welt ganz allgemein, ein Mangel an Geborgenheit" (54).
Stellt der Verlust von Körperkontakt eine intensive Quelle der Angst dar, so ist eine weitere Quelle das Hungergefühl, "was in unserer Kultur durch die Ernährung zu bestimmten Zeiten (schedule feeding) darüber hinaus noch stark gefördert wird" (54), ein gängiges Verfahren auf Säuglingsstationen und darüber hinweg.

In einer Untersuchung, in der 36 Fälle von Kindes-Mißhandlung retrospektiv auf eine mögliche Trennung von Mutter und Kind in der postpartalen Periode analysiert wurden, kamen F o r m u f o d et al. (19) zu der Überzeugung, daß eine längere Separation zwischen Mutter und Kind, wie sie bei Prämaturität oder Erkrankungen des Neugeborenen möglich ist, ein Prädispositionsfaktor für spätere Kindes-Mißhandlungen ist.

Ergebnisse tierexperimenteller Untersuchungen, die natürlich nur im hinweisenden Sinne auf menschliche Bedingungen übertragen werden können, besagen, daß das mütterliche Verhalten in hohem Maße ein Resultat der stimulierenden Wirkung der Jungtiere ist. Bei Säugern soll sich mütterliches Verhalten synchron mit dem Verhalten des Nachwuchses entwickeln; eine mehrtägige Trennung

hat eine signifikante Verringerung des mütterlichen Verhaltens zur Folge (G e i g e r, 21; R o s e n b l a t t, 55).

Die Teilnehmer eines Symposiums der Ciba Foundation (9) stimmten überein, daß eine unnötige -(und nötig, d.h. einer Not gehorchend, ist die Trennung des Kindes von der Mutter in der Entbindungsklinik wohl nicht)- Trennung des Neugeborenen von der Mutter vermieden werden sollte, erst recht bei prämaturen oder gesundheitlich eingeschränkten Neugeborenen.
Gerade in den letztgenannten Fällen existieren Hinweise (B a r n e t t et al., 4), daß eine Minimierung der Mutter-Kind-Trennung frühgeborenen oder erkrankten Säuglingen zu einem rascheren Gedeihen verhalf als bei geringem oder fehlendem Kontakt.

Der Isolierung von Mutter und Neugeborenem untereinander und gegenüber anderen Familienmitgliedern (Vater, ältere Geschwister, usw.) kann mit dem Rooming-in-Verfahren begegnet werden.

Die zeitweise Teilnahme des Vaters am Rooming-in und die Besuchserlaubnis für Geschwister des Neugeborenen brachte unter Einhaltung gewisser Vorsichtsmaßnahmen keine höhere Infektionsrate (36); dafür wurde in den Rooming-in-Räumen weniger Geschrei der Säuglinge registriert, die Eltern waren sicherer in Fragen der Kinderpflege und konnten sich schneller mit der Elternrolle identifizieren.
Von G r e e n b e r g et al. (23) wurden in einer randomisierten Studie die Auswirkungen des Rooming-in auf die Mutter eruiert. 50 Rooming-in-Mütter wurden mit 50 Nicht-Rooming-in-Müttern verglichen. Die Rooming-in-Mütter waren 8 Stunden pro Tag mit ihren Kindern zusammen. Sie konnten die Bedeutung des Schreiens ihrer Kinder eher einstufen als die Vergleichsgruppe, wurden zu Hause durch das kindliche Geschrei weniger emotional belastet und entwickelten eher das Gefühl, daß das Kind ganz und gar ihnen selbst gehöre.- Die Stillhäufigkeit war in beiden Gruppen gleich, was die Untersucher selbst auf die anfänglich sowieso hohe Stillhäufigkeit in Schweden (1972) zurückführen.

Andere gleichartige Untersuchungen - meist aus Ländern mit niedriger Stillhäufigkeit wie USA und Großbritannien - berich-

ten alle, daß Rooming-in - zusammen mit dem sich beinahe zwangsweise ergebenden Self-demand-feeding (+) - eine deutliche Zunahme der Stillhäufigkeit ergab (J a c k s o n et al., 31; S t r o n g, 70; I l l i n g w o r t h et S t o n e, 29). M c B r y d e (39) beobachtete nach Einführung des Rooming-in eine Zunahme der Stillenden von 35,0% auf 58,5%.

(+) Anmerkung 2: Für G e i g e r (21) scheinen beide Ernährungsmethoden (self-demand-feeding/schedule feeding) - in extremer Form praktiziert - nicht ganz ungefährlich: "Die zu steife dem Glockenschlag angepaßte Ernährung berücksichtigt weder die individuellen Bedürfnisse des Kindes, noch den Umstand, daß sich die Anpassungsfähigkeit des Säuglings nur langsam, stufenweise entwickelt.- Durch das entgegengesetzte Extrem wird aber das Kind nicht darauf vorbereitet, daß es die Befriedigung seiner Bedürfnisse zeitlich verschiebe, d.h. daß durch diese Methode die Entwicklung der Frustrationstoleranz nicht gefördert wird."

4.0 Ziele der Untersuchung

4.1 Primär (kurzfristig) angestrebte Ziele

4.1.1 Ermittlung von Häufigkeit und Dauer des Stillens

Die im Brennpunkt dieser Untersuchung stehenden Fragen betreffen die Ermittlung der Häufigkeit und Dauer des Stillens, betreffen die Frage, wieviele von 100 Müttern in West-Berlin in den Jahren 1973/74/75 stillen ihr Kind über welchen Zeitraum.

4.1.2 Häufigkeit und Dauer beeinflussende Faktoren

An die Erhebung der obengenannten Komplexe schließt sich die Erfassung von Faktoren an, die einen auf Häufigkeit und Dauer beeinflussenden Inhalt besitzen.
Mit diesen Faktoren beschäftigt sich umfangmäßig der größte Teil des Untersuchungsbogens.

4.1.2.1 Persönlich-familiäre und gesellschaftliche Faktoren

Dieser erste Faktorenkomplex setzt sich im einzelnen zusammen aus dem Alter der befragten Mutter, dem Alter ihres Partners, dem Familienstand, der Geschwisterzahl und der Kinderzahl der Befragten und der Dauer der Partnerbeziehung.
Hinzu kommt die Einstufung in eine soziale Schicht, vorgenommen nach Beruf, Ausbildung und Einkommen (S c h e u c h, 60).
Schließlich gehören dazu die Berufstätigkeit der Mutter, berufliche Veränderungen nach der Entbindung, Inanspruchnahme des Mutterschutzgesetzes und gerade von diesen letzten Größen nicht ganz unabhängig die Frage nach der hauptsächlichen Bezugsperson für das heranwachsende Kind.

4.1.2.2 Planung und Verlauf der Schwangerschaft, Ablauf der Geburt

Der zweite Faktorenkomplex umfaßt die Planung der Schwanger-

schaft, die Frage also, ob ein Wunschkind vorliegt, umfaßt den Erlebnischarâkter der Schwangerschaft aus subjektiver, gefühlsmäßiger Einstufung und an Hand organischer Beschwerden, den Grad der Beeinträchtigung für Figur und Attraktivität - entstanden im Verlauf der Schwangerschaft, Art und Umfang der Vorbereitungen auf die Geburt und das Kind und die Entbindungsweise einschließlich der Beurteilung des Schwierigkeitsgehaltes des Geburtsablaufs.
Außerdem zählen dazu die Anwesenheit des Partners bei der Geburt, der Zeitpunkt der Erstsicht des Kindes und die darauf erfolgende emotionelle Reaktion der Entbindenden.
Weiterhin beinhaltet dieser Komplex die medizinische Überwachung der Schwangerschaft, die Berücksichtigung des Stillens innerhalb der Schwangerenberatung, die Klinik, in der die Entbindung erfolgte, die Einstellung und das Verhalten des Klinikpersonals zum Stillen grundsätzlich und speziell bei Problemstellungen und endlich die Meinung der Entbindenden zur klinischen Mutter-Kind-Trennung.

4.1.2.3 Erlebniswert und Bewertung des Stillens; Abstillgründe

Die dritte Faktorengruppe fragt nach der Abhängigkeit der Stillhäufigkeit und -dauer von dem Erlebnischarakter des Stillaktes, von der Befürchtung möglicher Einbußen gesellschaftlich vorgegebener Schönheitsideale, von Vorausetzungen der Stillfähigkeit und von der primären Auffassung über die Qualität künstlicher und natürlicher Säuglingsnahrung.
Weiterer Bestandteil dieser Gruppe ist die Frage, ob schon Stillerfahrungen vorliegen und ob die gemachten Erfahrungen Neigung zur Wiederholung erkennen lassen.
Inwiefern schließlich erfolgte eine Beeinflussung der Stillentscheidung durch intra- oder extrafamiliären Personenkreis oder durch Übernahme medienbedingter Meinungsbilder.

4.1.2.4 Stellung des Kindes; Einstufung kindlicher Bedürfnisse

Im vierten Faktorenkomplex soll aufgezeigt werden, ob sich zwischen Stillhäufigkeit und -dauer und erzieherischen und pflegerischen mütterlichen (elterlichen) Maßnahmen, die z.B. den Grad der Protektionshaltung (Over-/Underprotection) der Mutter zu ihrem Kind wiederspiegeln, Parallelen darstellen.

4.1.2.5 Partnerbeziehung

Der fünfte Komplex sucht nach Einflüssen, die sich aus der (Selbst-)Einschätzung der Partnerproblematik - d.h. Harmoniegehalt der Beziehung, Rollenverteilung - für das Stillgeschehen ergeben können.

4.2 Sekundär (langfristig) angestrebte Ziele

Als erweitertes Ziel, für das diese Untersuchung Basiswerte schaffen soll, wird eine Studie angestrebt, in der die somatische, psychische und soziale Entwicklung gestillter und nicht gestillter Kinder verglichen werden soll.

Für diese Untersuchung, die nach einem mehrjährigen Intervall erfolgen wird, wurde um Angabe von Name und Adresse der Befragten gebeten, um eine erneute Kontaktaufnahme zu ermöglichen.

5.0 Methodik

5.1 Inhalt und Umfang des Untersuchungsbogens

Die Formulierung der Fragen erfolgte unter den bei 4.0 genannten Gesichtspunkten, d.h. Ermittlung von Stillhäufigkeit und Stilldauer und Ermittlung von Faktoren, die diese beiden Größen beeinflussen können.
Die zweifarbig gedruckten aus 10 Seiten (einschließlich einer erklärenden Einleitungsseite) im DIN A 4 Format bestehenden Untersuchungsbögen wiesen 59 Fragen auf (siehe 10.0).
Die Beantwortung der Fragen geschah nach dem Multiple-choice-Verfahren; der größte Teil der Fragen hatte zwischen 3-5 Antwortmöglichkeiten, wobei die zutreffenden mittels Bleistift in vorgegebenen Kästchen angekreuzt werden sollten.
Am Ende des Untersuchungsbogens wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, sich auf einem dafür freigelassenen Bereich selbst zum Thema Stillen zu äußern.

5.2 Modalitäten der Verteilung der Untersuchungsbögen

Die Untersuchungsbögen wurden in adressierten und frankierten Briefumschlägen von den Sozialpädagogen der West-Berliner Säuglingsfürsorgestellen ausgegeben.
In den 12 Bezirken wurden - in der Jahresmitte 1974 beginnend - über 54 Säuglingsfürsorgestellen 1.980 Untersuchungsbögen verteilt.
Als Maßstab der auszuwählenden Anzahl pro Bezirk wurden die Lebendgeburten des Jahres 1972 der einzelnen Bezirke (69) herangezogen; auf ca. 500 Lebendgeburten wurden 50 Untersuchungsbögen veranschlagt, so daß folgende Mengen pro Bezirk zur Verteilung gelangten: Tiergarten (100), Wedding (180), Kreuzberg (200), Charlottenburg (200), Spandau (150), Wilmersdorf (100), Zehlendorf (50), Schöneberg (200), Steglitz (150), Tempel-

hof (200), Neukölln (250), Reinickendorf (200).

Die Ausgabe der Untersuchungsbögen sollte an deutsche Mütter erfolgen, die mit einem 6 - 18 Monate alten Kind die Säuglingsfürsorgestellen aufsuchten. Jüngere Kinder waren dann zugelassen, wenn der Stillvorgang bekanntermaßen beendet war. Die Mütter sollten die Untersuchungsbögen zu Hause ausfüllen und nach Möglichkeit innerhalb von 10 Tagen an die Universitätsfrauenklinik Charlottenburg absenden.
Die Sozialpädagogen der Fürsorgestellen wurden in gleichlautenden Mitteilungen und mündlich immer von derselben Person (Autor) über die zu beachtenden Kriterien informiert, um möglichst gleichartige Ausgangsbedingungen zu schaffen.

5.3 Auswertung der Untersuchungsbögen

Die auf den Untersuchungsbögen angekreuzten Werte der einzelnen Variablen wurden durch einen Markierungsleser erfaßt und auf Band gespeichert.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels elektronischer Datenverarbeitung durch das Computer-Programm SPSS.

Die Überprüfung von Häufigkeitsunterschieden auf statistische Signifikanz wurde mit dem Chi-Square-Test vorgenommen.

Die Nullhypothese, daß zwischen zwei Häufigkeiten kein Unterschied besteht, muß abgelehnt werden mit einer

Irrtumswahrscheinlichkeit von 1%
= Signifikanzstufe A - sehr signifikant - $p < 1$;

Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%
= Signifikanzstufe B - signifikant - $p < 5$;

Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 - 10%
= Signifikanzstufe C - tendenziell - $p < 10$;

Irrtumswahrscheinlichkeit von 10 - 20%
= Signifikanzstufe D - nicht signifikant - $p > 10$;

Irrtumswahrscheinlichkeit von 80 - 95%
= Signifikanzstufe E - nicht signifikant; kein Unterschied - $p > 80$;

Erläuterung zur Signifikanzstufe E:
Je größer die Wahrscheinlichkeit des Irrtums für die aufgestellte Hypothese wird, desto eher nähert man sich der Aussage, daß der Unterschied zwischen zwei Häufigkeiten sehr klein ist, d.h. im Einzelfall vernachlässigbar - also kein Unterschied besteht.

6.0
Ergebnisse der Auswertung

Von den verteilten 1.980 Untersuchungsbögen wurden 1.013 zurückgesandt und 1.008 gelangten zur Auswertung.

Mit vollständigen Identitätsangaben (Name und Adresse) waren 83,5% versehen.

In welchem Umfang die zurückgesandten Untersuchungsbögen den Berliner Bezirken entstammen besagt Tab.1.

Tab.1
Anzahl der in den West-Berliner Bezirken verteilten und zurückgesandten Untersuchungsbögen

Bezirk	ausgeteilte Bögen	zurückgesandte Bögen Anzahl	%	% der pro Bezirk zurückgesandten Bögen
Neukölln	250	134	13,2	53,6
Reinickendorf	200	127	12,6	63,5
Charlottenburg	200	116	11,4	57,0
Spandau	150	96	9,4	64,0
Tempelhof	200	87	8,6	43,5
Wedding	180	86	8,5	47,7
Schöneberg	200	79	7,7	39,5
Steglitz	150	74	7,2	49,3
Kreuzberg	200	60	6,0	30,0
Wilmersdorf	100	58	5,8	58,0
Tiergarten	100	57	5,7	57,0
Zehlendorf	50	39	3,9	78,0
Total	1980	1013 +	100,0	-

\+ zur Auswertung gelangten 1008 Untersuchungsbögen

6.1
Stillhäufigkeit und Stilldauer

Aus dem Kreis der an der Untersuchung teilnehmenden Mütter haben 26,1% ihr Kind nicht gestillt.

Die 73,9% Stillenden verteilen sich folgendermaßen auf die einzelnen Stilldauer-Gruppen:
Nur während des Klinikaufenthaltes stillten 16,7%.
Kurze Stillzeiten (+) weisen 42,5% auf (2-4 Wochen: 26,1% und 4-8 Wochen: 16,4%).
Lange Stillzeiten geben 13,2% an (2-3 Monate: 9,1% und 4-6 Monate: 4,1%).
Länger als 6 Monate haben 1,5% gestillt (Tab.2).

Tab.2
Stillhäufigkeit und Stilldauer

Dauer des Stillens	Anzahl	%
überhaupt nicht	257	26,1
während des Klinikaufenthaltes	165	16,7
2 - 4 Wochen	257	26,1
4 - 8 Wochen	162	16,4
2 - 3 Monate	89	9,1
4 - 6 Monate	41	4,1
länger	15	1,5
ohne Angabe	22	
Total	1008	100,0

Wertet man das Stillen von wenigen Tagen (Klinikaufenthalt) lediglich als Stillversuch, der aus welchen Gründen auch immer nicht über das Probestadium hinausgelangt ist, dann erhöht sich der Anteil der nicht Stillenden auf 42,8%. Da außerdem 26,0% nur 2-4 Wochen stillten, findet man Stillzeiten oberhalb von 4 Wochen nur in 31,1% aller hier erfaßten Fälle.

(+) Anmerkung 3: Um eine übersichtlichere Auswertung zu er-

möglichen, wurden die 7 Stilldauergruppen des Untersuchungsbogens zu 5 Gruppen zusammengefaßt:
1) Nicht Stillende
2) Nur in der Klinik Stillende
3) Kurz Stillende (2-4 Wochen und 4-8 Wochen)
4) Lang Stillende (2-3 Monate und 4-6 Monate)
5) Sehr lang Stillende (länger als 6 Monate)
In den sogenannten Kreuztabellen des folgenden Teiles werden für diese Gruppenbezeichnungen Kurzformen verwendet:
1) = nicht Still
2) = Klinik Still
3) = kurz Still
4) = lang Still
5) = sehr lang Still

6.2
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer psycho-sozialer Faktoren; interfaktorelle Beziehungen

6.2.1
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Schichtzugehörigkeit

In eine soziale Schicht konnten mangels ausreichender Angaben 6,9% nicht eingestuft werden.
Zur Unterschicht (untere + obere US) gehörten 23,9%, zur Mittelschicht (untere + mittlere + obere MS) 57,6% und zur Oberschicht 11,5% (Tab.3). (+)
Mit aufsteigender sozialer Schicht - beginnend mit der mittleren Mittelschicht - nehmen die Stillhäufigkeit und die Stilldauer deutlich zu (A)(Kreuztab.1).

(+) Anmerkung 4: Die ursprünglich vorgesehene Einbeziehung der im Untersuchungsbogen berücksichtigten Wohnverhältnisse zur

Ermittlung der Schichtzugehörigkeit erwies sich als nicht notwendig.

Tab.3
Schichtzugehörigkeit

Schicht	Anzahl	%
untere Unterschicht	88	8,7
obere "	153	15,2
untere Mittelschicht	256	25,4
mittlere "	237	23,5
obere "	88	8,7
Oberschicht	116	11,5
ohne Zuordnung	70	6,9
Total	1008	100,0

Kreuztab.1
Schichtzugehörigkeit/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
untere Unterschicht	1 1,2	7 8,1	38 44,2	13 15,1	27 31,4	Anzahl %
obere Unterschicht	2 1,3	10 6,6	63 41,4	25 16,4	52 34,2	
untere Mittelschicht	4 1,6	21 8,4	108 43,2	47 18,8	70 28,0	
mittlere Mittelschicht	4 1,7	41 17,7	97 41,8	40 17,2	50 21,6	
obere Mittelschicht	3 3,4	14 15,9	36 40,9	16 18,2	19 21,6	
Oberschicht	1 0,9	29 25,0	47 40,5	14 12,1	25 21,6	

(+)

(+) Anmerkung 5: Innerhalb der Kreuztabellen summieren sich die Prozentzahlen jeder Rubrik von links nach rechts zu 100,0%.

6.2.2

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer der Faktoren: Alter der Befragten; Alter des Partners

Die altersmäßige Verteilung der befragten Mütter - in Klammern die entsprechenden Partnerangaben - setzt sich wie folgt zusammen: Bis 20 Jahre alt 5,6% (0,4%); zwischen 21 und 25 Jahre alt 32,4% (15,6%); 26 bis 30 Jahre alt 34,2% (37,3%); 31 bis 35 Jahre alt 20,6% (31,1%); älter als 35 Jahre 7,2% (15,6%); (Tab.4)

Mit zunehmendem Alter der Befragten scheint einerseits der Anteil der gar nicht Stillenden andererseits der Anteil längere Zeit Stillender (mehr als 2 Monate) größer zu werden (D)(Kreuztab.2).

Das Alter des Partners steht in keiner Beziehung zur Dauer oder Häufigkeit des Stillens (E)(Kreuztab.3).

Tab.4

Alter der Befragten - in Klammern die entsprechenden Angaben der Partner

Alter	Anzahl	%
bis 20	55 (4)	5,6 (0,4)
21 - 25	321 (146)	32,4 (15,6)
26 - 30	339 (350)	34,2 (37,3)
31 - 35	204 (292)	20,6 (31,1)
über 35	71 (146)	7,2 (15,6)
ohne Angabe	18 (70)	
Total	1008	100,0

Kreuztab.2

Alter der Befragten/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
bis 20 Jahre	0	5 9,4	24 45,3	12 22,6	12 22,6	Anzahl %
21 - 25 Jahre	3 1,0	38 12,1	149 47,3	51 16,2	74 23,5	
26 - 30 Jahre	4 1,2	48 14,3	146 43,6	55 16,4	82 24,5	
31 - 35 Jahre	5 2,5	29 14,4	74 36,6	34 16,8	60 29,7	
älter als 35 Jahre	3 4,3	9 12,9	19 27,1	12 17,1	27 38,6	

Kreuztab.3
Alter der Partner der Befragten/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
bis 20 Jahre	0	1 25,0	2 50,0	0	1 25,0	Anzahl %
21 - 25 Jahre	2 1,4	19 13,5	66 46,8	20 14,2	34 24,1	
26 - 30 Jahre	3 0,9	45 12,9	155 44,5	62 17,8	83 23,9	
31 - 35 Jahre	5 1,7	40 13,8	119 41,2	49 17,0	76 26,3	
älter als 35 Jahre	2 1,4	19 13,4	45 31,7	26 18,3	50 35,2	

6.2.3
Häufigkeitsverteilung des Faktors: Alter des Kindes

Das Alter der in die Untersuchung einbezogenen Kinder betrug zum Zeitpunkt der Befragung in 5,5% bis 3 Monate, in 18,1% bis 6 Monate, in 33,8% bis 9 Monate und älter als 9 Monate waren 42,5% (Tab.5).

Tab.5
Alter der in die Untersuchung einbezogenen Kinder

Alter	Anzahl	%
bis 3 Monate	54	5,5
bis 6 "	177	18,1
bis 9 "	330	33,8
älter	415	42,5
ohne Angabe	32	
Total	1008	100,0

6.2.4
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Familienstand

Ihren Familienstand gaben 90,7% als verheiratet, 6,9% als ledig und 2,4% als geschieden an (Tab.6).
Die Stillhäufigkeit und -dauer verheirateter und nicht verheirateter Mütter zeigt statistisch keinen signifikanten Unterschied (E)(Kreuztab.4).

Tab.6
Familienstand

Familienstand	Anzahl	%
verheiratet	902	90,7
ledig	68	6,8
geschieden	24	2,4
ohne Angabe	14	
Total	1008	100,0

Kreuztab.4
Familienstand der Befragten/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
verheiratet	10 1,1	123 13,9	372 41,9	148 16,7	235 26,5	Anzahl %
ledig	4 5,9	4 5,9	33 48,5	11 16,2	16 23,5	
geschieden	1 4,3	3 13,0	8 34,8	6 26,1	5 21,7	

6.2.5
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Ehedauer

Die Dauer der Ehe lag in 37,9% zwischen 1-3 Jahren, in 36,4% zwischen 3-6 Jahren; 25,7% waren länger als 6 Jahre verheiratet (Tab.7).

Mit zunehmender Dauer der Ehe beobachtet man eine Abnahme der Stillhäufigkeit (B)(Kreuztab.5).

Tab.7
Ehedauer

Ehedauer	Anzahl	%
1 - 3 Jahre	341	37,9
3 - 6 "	327	36,4
länger	231	25,7
ohne Angabe	109	
Total	1008	100,0

Kreuztab.5
Ehedauer/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
1 - 3 Jahre	2	49	153	61	71	n
	0,6	14,6	45,5	18,2	21,2	%
3 - 6 Jahre	2	46	142	52	79	
	0,6	14,3	44,2	16,2	24,6	
länger als 6 Jahre	6	28	75	34	85	
	2,6	12,3	32,9	14,9	37,3	

6.2.6
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Kinderzahl der Befragten

Für 67,9% der befragten Mütter war das in der Untersuchung erfaßte Kind das erste; für 25,1% das zweite, für 4,3% das dritte,und 2,7% hatten mehr als 3 Kinder (Tab.8).
Mit steigender Kinderzahl besteht die Tendenz einer Abnahme der Stillhäufigkeit und einer Zunahme der Stilldauer (C)(Kreuztab.6).

Tab.8
Anzahl der Kinder der befragten Mütter

Kinderzahl	Anzahl	%
1	671	67,9
2	248	25,1
3	42	4,3
mehr als 3	27	2,7
ohne Angabe	20	
Total	1008	100,0

Kreuztab.6
Anzahl der Kinder der Befragten/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
1	9	86	280	123	163	n
	1,4	13,0	42,4	18,6	24,7	%
2	4	34	106	30	69	
	1,6	14,0	43,6	12,3	28,4	
3	0	10	14	5	13	
		23,8	33,3	11,9	31,0	
mehr als 3	2	0	10	4	11	
	7,4		37,0	14,8	40,7	

6.2.7
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Geschwisterzahl der Befragten

Fast 80% der Befragten waren nicht als Einzelkinder aufgewachsen, 46,5% hatten zwei oder mehr Geschwister (Tab.9). Die Tendenz, überhaupt zu stillen, wird mit einer zunehmenden Zahl eigener Geschwister größer (C)(Kreuztab.7).

Tab.9
Anzahl der Geschwister der befragten Mütter

Geschwisterzahl	Anzahl	%
keine	218	22,0
1	312	31,5
2	202	20,4
3	110	11,1
mehr als 3	149	15,0
ohne Angabe	17	
Total	1008	100,0

Kreuztab.7
Anzahl der Geschwister der Befragten/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Keine	4 1,9	30 14,0	77 36,0	39 18,2	64 29,9	Anzahl %
1	2 0,6	30 9,7	136 43,9	55 17,7	87 28,1	
2	3 1,5	27 13,6	94 47,5	27 13,6	47 23,7	
3	1 0,9	18 16,7	39 36,1	25 23,1	25 23,1	
mehr als 3	5 3,4	24 16,4	66 45,2	19 13,0	32 21,9	

6.2.8
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Berufstätigkeit vor und nach Entbindung

Sowohl vor als auch nach Entbindung nicht berufstätig waren 19,4%. Etwa in der gleichen Größenordnung (21,7%) bewegt sich die Zahl der vor und nach Entbindung berufstätigen Mütter. Über die Hälfte (58,8%) setzt postpartal mit beruflicher Tätigkeit aus (Tab.10).
Bemerkenswert ist, daß nach Entbindung wieder Berufstätige

längere Stillzeiten aufweisen als vor und nach Entbindung nicht Berufstätige (Hausfrauen) (B) und daß sich in der Stillhäufigkeit keine deutliche Differenz ergibt (C)(Kreuztab.8), egal ob vor oder nach Entbindung beruflicher Tätigkeit nachgegangen wurde oder nicht.
Interessanterweise haben die vor Entbindung nicht berufstätigen Mütter sich häufiger gar nicht oder zumindest weniger umfangreich auf Entbindung und Kind vorbereitet als berufstätige Mütter (A)(Kreuztab.9), was eine teilweise Erklärung darin finden dürfte, daß es sich hierbei um Frauen handelt, für die es in über 70% nicht das erste Kind war (Kreuztab.10).

Tab.10
Berufstätigkeit der Befragten vor und nach der letzten Entbindung

Berufstätigkeit vor Entbindung	nach Entbindung	Anzahl	%
berufstätig	Hausfrau	582	58,8
berufstätig	berufstätig	215	21,7
Hausfrau	Hausfrau	192	19,4
ohne Angabe		19	
Total		1008	100,0

Kreuztab.8
Berufstätigkeit der Befragten vor und nach der letzten Entbindung/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
berufstätig/Hausfrau	7	63	254	101	149	Anzahl
	1,2	11,0	44,3	17,6	26,0	%
berufstätig/berufstätig	4	38	81	36	53	
	1,9	17,9	38,2	17,0	25,0	
Hausfrau/Hausfrau	4	29	80	27	52	
	2,1	15,1	41,7	14,1	27,1	

Kreuztab.9 Berufstätigkeit der Befragten vor und nach der letzten Entbindung/Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

	1) Schwangerschaftsgymnastik	2) Säuglingspflegekurs	3) Lektüre Gespräche	4) keine Vorbereitungen	5) kombinierte Angabe 2)+3)	6) kombinierte Angabe 1)+3)	7) kombinierte Angabe 1)+2)	8) kombinierte Angabe 1)+2)+3)
berufstätig/ Hausfrau	40 6,9	4 0,7	143 24,7	67 11,6	21 3,6	135 23,3	20 3,4	150 25,9
berufstätig/ berufstätig	8 3,8	3 1,4	47 22,2	31 14,6	8 3,8	53 25,0	3 1,4	59 27,6
Hausfrau/ Hausfrau	20 10,4	1 0,5	64 33,3	42 21,9	3 1,6	42 21,9	3 1,6	17 8,9

Kreuztab.10
Berufstätigkeit der Befragten vor und nach der letzten Entbindung/Anzahl der Kinder der Befragten

vor/nach Entbindung	Zahl der Kinder 1	2	3	mehr als 3	
Hausfrau/Hausfrau	53 27,9	102 53,7	20 10,5	15 7,9	Anzahl %

6.2.9
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Kenntnisse über Mutterschutzgesetze

Über die im Rahmen des Mutterschutzgesetzes (22) gewährleisteten Stillzeiten können 65,5% keine genauen Angaben machen, 19,2% sind falsch informiert; nur 15,3% haben die vorgelegte Frage richtig beantwortet (Tab.11).
Aus der Gruppe der vor und nach Entbindung Berufstätigen - potenzielle Nutznießer des Mutterschutzgesetzes - haben 77,5% keine oder falsche Informationen (A)(Kreuztab.11). Von ihnen haben nach der Entbindung 9,7% die gesetzlich gewährleisteten Stillzeiten während der Arbeitszeit in Anspruch genommen (Tab.12), was erwartungsgemäß zu deutlich längeren Stillzeiten und häufigerem Stillen führt, verglichen mit der Gruppe der Berufstätigen, die davon keinen Gebrauch gemacht hat (A)(Kreuztab.12).

Tab.11
Kenntnisse über die im Mutterschutzgesetz geregelten Stillzeiten

Kenntnisse	Anzahl	%
richtig	143	15,3
nicht ausreichend informiert	613	65,5
falsch	180	19,2
ohne Angabe	72	
Total	1008	100,0

Kreuztab.11
Berufstätigkeit der Befragten vor und nach der letzten Entbindung/Kenntnisse über die im Mutterschutz geregelten Stillzeiten

vor/nach Entbindung	richtig informiert	nicht ausreichend informiert	falsch informiert	
berufstätig/berufstätig	48 22,5	115 54,0	50 23,5	Anzahl %

Tab.12
Inanspruchnahme gesetzlich gewährleisteter Stillzeiten bei postpartaler Berufstätigkeit der Mutter

Inanspruchnahme	Anzahl	%
ja	28	9,7
nein	262	90,3
ohne Angabe	718	
Total	1008	100,0

Kreuztab.12
Inanspruchnahme gesetzlich gewährleisteter Stillzeiten bei postpartaler Berufstätigkeit/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Inanspruchnahme ja	3 10,7	7 25,0	12 42,9	2 7,1	4 14,3	Anzahl %
Inanspruchnahme nein	0	31 11,9	100 38,5	46 17,7	83 31,9	

6.2.10

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Versorgung des Kindes nach Ablauf des Mutterschutzes

Daß nach Ablauf der Mutterschutzfrist die Versorgung des Kindes überwiegend von ihnen selbst vorgenommen wurde, behaupten 90,7%; zu etwa gleichen Teilen (4,9% und 4,5%) werden dafür Verwandte und Kinderkrippen (oder ähnliche Einrichtungen) herangezogen (Tab.13); diesen Fällen liegt fast ausnahmslos Berufstätigkeit der Mutter zu Grunde (A)(Kreuztab.13); für Häufigkeit und Dauer des Stillens eindeutige Konsequenzen ergeben sich daraus nicht (C)(Kreuztab.14).

Tab.13
Person oder Institution, durch die nach Ablauf der Mutterschutzfrist die Versorgung des Kindes überwiegend erfolgte

Person/Institution	Anzahl	%
durch die Mutter selbst	892	90,7
durch Verwandte	48	4,9
in Kinderkrippen oder ähnlichen Einrichtungen	44	4,5
ohne Angabe	24	
Total	1008	100,0

Kreuztab.13
Person oder Institution, durch die nach Ablauf der Mutterschutzfrist die Versorgung des Kindes überwiegend erfolgte/Berufstätigkeit der Befragten vor und nach der letzten Entbindung

	berufstätig/ Hausfrau	berufstätig/ berufstätig	Hausfrau/ Hausfrau	
durch die Mutter selbst	574 64,6	125 14,1	189 21,3	Anzahl %
durch Verwandte	1 2,1	47 97,9	0	
durch Kinderkrippe oder ähnliche Einrichtung	4 9,1	39 88,6	1 2,3	

Kreuztab.14
Person oder Institution, durch die nach Ablauf der Mutterschutzfrist die Versorgung des Kindes überwiegend erfolgte/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
durch die Mutter selbst	13 1,5	118 13,3	379 42,9	146 16,5	228 25,8	Anzahl %
durch Verwandte	1 2,2	8 17,4	17 37,0	6 13,0	14 30,4	
durch Kinderkrippe oder ähnliche Einrichtung	1 2,3	3 7,0	17 39,5	12 27,9	10 23,3	

6.2.11
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Schwangerschaftsplanung

Die Frage, ob das Zustandekommen der Schwangerschaft ein geplantes Unternehmen war, beantworteten 55,4% im positiven Sinne; 41,2% bezeichneten das Ereignis als unerwartet eingetreten und für 3,3% war diese Schwangerschaft unerwünscht (Tab.14). Die geplante Schwangerschaft scheint gegenüber der ungeplanten eher mit längeren Stillzeiten kombiniert zu sein (D)(Kreuztab. 15).
Mit höherer schichtmäßiger Einstufung nimmt der Anteil der unerwünschten oder unerwarteten Schwangerschaften ab, die geplanten Schwangerschaften nehmen zu (A)(Kreuztab.16).

Tab.14
Schwangerschaftsplanung

Eintritt der Schwangerschaft	Anzahl	%
geplant	547	55,4
unerwartet	407	41,2
unerwünscht	33	3,3
ohne Angabe	21	
Total	1008	100,0

Kreuztab.15
Schwangerschaftsplanung/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Schwangerschaft geplant	6 1,1	76 14,1	236 43,8	86 16,0	135 25,0	Anzahl %
unerwartet	8 2,0	50 12,4	162 40,3	71 17,7	111 27,6	
unerwünscht	1 3,2	3 9,7	12 38,7	7 22,6	8 25,8	

Kreuztab.16
Schichtzugehörigkeit/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
untere Unterschicht	24 27,6	58 66,7	5 5,7	Anzahl %
obere Unterschicht	77 51,0	69 45,7	5 3,3	
untere Mittelschicht	148 58,5	98 38,7	7 2,8	
mittlere Mittelschicht	138 58,7	91 38,7	6 2,6	
obere Mittelschicht	54 61,4	31 35,2	3 3,4	
Oberschicht	81 70,4	32 27,8	2 1,7	

6.2.12
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft

Die erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft nannten 36,0% angenehm, 26,6% beglückend. Für 8,7% war die Schwangerschaft belastend und 28,8% konnten sich weder für eine positive noch für eine negative Einordnung entscheiden (Tab.15).
Positiv erlebte Schwangerschaften sind häufiger geplant

(A)(Kreuztab.17) und von häufigerem und längerem Stillen gefolgt (B)(Kreuztab.18).

Tab.15
Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft

Erlebnismäßige Einstufung	Anzahl	%
überwiegend angenehm	357	36,0
sehr beglückend	264	26,6
mehr als Belastung	86	8,7
weder an- noch unangenehm	286	28,8
ohne Angabe	15	
Total	1008	100,0

Kreuztab.17
Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
überwiegend angenehm	195 55,4	151 42,9	6 1,7	Anzahl %
sehr beglückend	178 67,4	85 32,2	1 0,4	
mehr als Belastung	39 45,9	39 45,9	7 8,2	
weder an- noch unangenehm	135 47,5	131 46,1	18 6,3	

Kreuztab.18
Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
überwiegend angenehm	4 1,1	46 13,1	157 44,7	61 17,4	83 23,6	Anzahl %
sehr beglückend	8 3,1	39 14,9	108 41,4	47 18,0	59 22,6	
mehr als Belastung	0	7 8,2	35 41,2	13 15,3	30 35,3	
weder an- noch unangenehm	3 1,1	36 12,8	116 41,3	44 15,7	82 29,2	

6.2.13
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Schwangerschaftsbeschwerden

Von 42,2% wurde das Auftreten nennenswerter Beschwerden während der Schwangerschaft verneint. Übelkeit und gelegentlich Erbrechen zeigte sich bei 16,9% und in Kombination mit anderen Beschwerden bei 13,5%. Starke Schmerzen hatten 8,1%, häufiges Erbrechen 7,3%, beide Symptome zusammen 3,2%; sonstige Beschwerden nannten 8,8% (Tab.16).
Mit zunehmender Stärke der aufgetretenen Beschwerden besteht die Tendenz abnehmender Stillhäufigkeit und -dauer (C)(Kreuztab.19).
Das Fehlen von Beschwerden oder - wenn vorhanden - ihre Intensität zeigt ein prozentuales Verteilungsmuster, das keine statistisch signifikante Beziehung zur Art der ärztlichen Betreuung (Klinik - niedergelassener Arzt) aufweist (E)(Kreuztab.20).

Art und Schwere der Beschwerden stehen in keiner Beziehung zur Besuchshäufigkeit der Schwangerenberatung (E)(Kreuztab.21).
Bei einem Beschwerdebild wie beispielsweise Übelkeit und gelegentlich Erbrechen und außerdem starken Schmerzen sind ungeplante Schwangerschaften häufiger vertreten als bei geringeren oder Fehlen von Beschwerden (B)(Kreuztab.22).

Tab.16
Beschwerden während der Schwangerschaft

Schwangerschaftsbeschwerden	Anzahl	%
a) Übelkeit, gelegentlich Erbrechen	168	16,9
b) häufiges Erbrechen	72	7,3
c) starke Schmerzen	80	8,1
d) nichts Nennenswertes	419	42,2
e) sonstige Beschwerden	87	8,8
f) kombinierte Beschwerden b) + c)	32	3,2
g) " " a) + e)	54	5,4
h) " " a) + c)	80	8,1
ohne Angabe	16	
Total	1008	100,0

Kreuztab.19
Beschwerden während der Schwangerschaft/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
a) Übelkeit,gelegentlich Erbrechen	4 2,4	22 13,4	61 37,2	31 18,9	46 28,0	Anzahl %
b) häufiges Erbrechen	1 1,4	8 11,6	25 36,2	12 17,4	23 33,3	
c) starke Schmerzen	0	8 10,1	35 44,3	12 15,2	24 30,4	
d) nichts Nennenswertes	8 1,9	59 14,2	189 45,5	63 15,2	96 23,1	
e) sonstige Beschwerden	1 1,2	12 14,0	37 43,0	14 16,3	22 25,6	
f) kombinierte Beschwerden b) + c)	0	4 12,5	10 31,3	7 21,9	11 34,4	
g) kombinierte Beschwerden a) + e)	0	9 17,3	22 42,3	10 19,2	11 21,2	
h) kombinierte Beschwerden a) + c)	1 1,3	7 8,8	35 43,8	15 18,8	22 27,5	

Kreuztab.20
Beschwerden während der Schwangerschaft/Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft

	1) durch niedergelassenen Arzt	2) klinische Beratung	3) Betreuung durch 1) + 2)	4) gar nicht	
a) Übelkeit,gelegentlich Erbrechen	61 36,5	23 13,8	81 48,5	2 1,2	Anzahl %
b) häufiges Erbrechen	30 42,3	10 14,1	31 43,7	0	
c) starke Schmerzen	30 38,0	10 12,7	39 49,4	0	
d) nichts Nennenswertes	150 36,1	60 14,5	205 49,4	0	
e) sonstige Beschwerden	23 26,4	20 23,0	44 50,6	0	
f) kombinierte Beschwerden b) + c)	19 59,4	3 9,4	10 31,3	0	
g) kombinierte Beschwerden a) + e)	18 34,6	7 13,5	27 51,9	0	
h) kombinierte Beschwerden a) + c)	25 31,6	10 12,7	43 54,4	1 1,3	

Kreuztab.21
Beschwerden während der Schwangerschaft/Häufigkeit der ärztlichen Betreuung im Verlauf der Schwangerschaft

	gar nicht	2 oder 3 mal	unregelmäßig, in größeren Abständen	regelmäßig ca. alle 4–6 Wochen	
a) Übelkeit, gelegentlich Erbrechen	1 0,6	3 1,8	4 2,4	159 95,2	Anzahl %
b) häufiges Erbrechen	0	2 2,8	3 4,2	66 93,0	
c) starke Schmerzen	0	3 3,8	3 3,8	72 92,3	
d) nichts Nennenswertes	1 0,2	7 1,7	5 1,2	402 96,9	
e) sonstige Beschwerden	0	2 2,3	1 1,1	84 96,6	
f) kombinierte Beschwerden b) + c)	0	2 6,3	1 3,1	29 90,6	
g) kombinierte Beschwerden a) + e)	0	2 3,9	1 2,0	48 94,1	
h) kombinierte Beschwerden a) + c)	0	1 1,3	2 2,5	76 96,2	

Kreuztab.22
Beschwerden während der Schwangerschaft/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
a) Übelkeit,gelegentlich Erbrechen	99 58,9	65 38,7	4 2,4	Anzahl %
b) häufiges Erbrechen	34 47,9	35 49,3	2 2,8	
c) starke Schmerzen	40 50,0	37 46,3	3 3,8	
d) nichts Nennenswertes	241 57,9	163 39,2	12 2,9	
e) sonstige Beschwerden	45 52,9	36 42,4	4 4,7	
f) kombinierte Beschwerden b) + c)	16 50,0	15 46,9	1 3,1	
g) kombinierte Beschwerden a) + e)	36 67,9	14 26,4	3 5,7	
h) kombinierte Beschwerden a) + c)	35 44,3	40 50,6	4 5,1	

6.2.14
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Figürliche Beeinträchtigung durch Schwangerschaft

Der überwiegende Teil (56,7%) der befragten Frauen glaubt nicht, daß die durchgemachte Schwangerschaft ihrer Figur oder Attraktivität Schaden zugefügt hat. Von den 43,3%, die es dagegen bejahen, wird dieser Umstand als nicht störend von 26,6% bezeichnet; 14,6% sehen aus eigener Sicht eine Beeinträchtigung, und 2,1% geben an, daß der Ehemann eine Attraktivitätseinbuße seiner Partnerin beklagt (Tab.17).
Wird eine Minderung der figürlichen Wertigkeit tatsächlich als

störend empfunden, so ist die Schwangerschaft öfter unerwartet oder unerwünscht als geplant gewesen (A)(Kreuztab.23), die Zahl der gar nicht Stillenden ist größer, und längere Stillzeiten sind seltener (A)(Kreuztab.24).

Tab.17
Figürliche Beeinträchtigung durch Schwangerschaft

Beeinträchtigung	Anzahl	%
ja	142	14,6
ja, aber es stört beide Ehepartner nicht	259	26,6
nein	552	56,7
ja, Ehemann beklagt Attraktivitätsverlust	20	2,1
ohne Angabe	35	
Total	1008	100,0

Kreuztab.23
Figürliche Beeinträchtigung durch Schwangerschaft/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
Beeinträchtigung				
ja	59 41,8	67 47,5	15 10,6	**Ansahl** **%**
ja,aber es stört beide Partner nicht	148 57,4	105 40,7	5 1,9	
nein	322 58,8	214 39,1	12 2,2	
ja,Ehemann beklagt Attraktivitätsverlust	6 30,0	13 65,0	1 5,0	

Kreuztab.24
Figürliche Beeinträchtigung durch Schwangerschaft/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Beeinträchtigung						
ja	0	15 10,9	63 45,7	24 17,4	36 26,1	Anzahl %
ja,aber es stört beide Partner nicht	7 2,7	24 9,3	104 40,3	51 19,8	72 27,9	
nein	8 1,5	87 16,0	230 42,4	83 15,3	135 24,9	
ja,Ehemann beklagt Attraktivitätsverlust	0	1 5,0	11 55,0	2 10,0	6 30,0	

6.2.15
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

Die vorbereitenden Maßnahmen auf Geburt und Kind bestanden für 25,8% allein in Lektüre und Gesprächen über Geburt und Kindererziehung, für 7,0% allein in Schwangerschaftsgymnastik und für 0,8% allein in der Teilnahme an einem Säuglingspflegekurs. Für 51,9% bestand die Vorbereitung aus einer Kombination von 2 oder 3 der genannten Parameter.- Sich in keiner Weise vorbereitet zu haben, gaben 14,4% an (Tab.18); etwas mehr als die Hälfte dieser Frauen wurde nicht zum ersten Mal Mutter (Kreuztab.25).
Je umfangreicher die Vorbereitungen waren, desto eher treten längere Stillzeiten auf, und der Anteil der gar nicht Stillenden nimmt ab (A)(Kreuztab.26).
Mit Anstieg der sozialen Schicht nimmt die Häufigkeit der Angabe, keine Vorbereitungen getroffen zu haben, ab, die Vorbereitung in vielerleiweise ist häufiger anzutreffen (A)(Kreuztab.27).
Gerade dieser größere Umfang vorbereitender Maßnahmen ist im

Gefolge geplanter Schwangerschaften zu beobachten, während bei fehlender Vorbereitung die ungeplanten die geplanten Schwangerschaften prozentual übertreffen (A)(Kreuztab.28).

Tab.18
Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

Vorbereitende Maßnahmen	Anzahl	%
a) Schwangerschaftsgymnastik	70	7,0
b) Säuglingspflegekurs	8	0,8
c) Lektüre, Gespräche über Geburt und Kindererziehung	256	25,8
d) keine	143	14,4
e) kombinierte Vorbereitungen b) + c)	33	3,3
f) " " a) + c)	231	23,2
g) " " a) + b)	26	2,6
h) " " a)+b)+c)	227	22,8
ohne Angabe	14	
Total	1008	100,0

Kreuztab.26
Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
a) Schwangerschaftsgymnastik	1 1,4	9 12,9	27 38,6	12 17,1	21 30,0	Anzahl %
b) Säuglingspflegekurs	0	0	2 28,6	1 14,3	4 57,1	
c) Lektüre,Gespräche über Geburt und Kindererziehung	3 1,2	23 9,1	112 44,3	34 13,4	81 32,0	
d) keine Vorbereitungen	1 0,7	15 10,9	45 32,6	35 25,4	42 30,4	
e) kombinierte Vorbereitungen b) + c)	0	2 6,3	12 37,5	7 21,9	11 34,4	
f) kombinierte Vorbereitungen a) + c)	6 2,6	36 15,7	107 46,7	30 13,1	50 21,8	
g) kombinierte Vorbereitungen a) + b)	0	6 23,1	9 34,6	5 19,2	6 23,1	
h) kombinierte Vorbereitungen a) + b) + c)	4 1,8	38 17,0	101 45,1	40 17,9	41 18,3	

Kreuztab.25

Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind/Anzahl der Kinder der Befragten

	Kinder 1	2	3	mehr als 3	
keine Vorbereitungen	62	53	8	18	Anzahl
	44,0	37,6	5,7	12,8	%

Kreuztab.27

Schichtzugehörigkeit/Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

	1) Schwangerschaftsgymnastik	2) Säuglingspflegekurs	3) Lektüre Gespräche	4) keine Vorbereitungen	5) kombinierte Angabe 2)+3)	6) kombinierte Angabe 1)+3)	7) kombinierte Angabe 1)+2)	8) kombinierte Angabe 1)+2)+3)	
untere Unterschicht	3	1	27	41	2	9	1	4	Anzahl
	3,4	1,1	30,7	46,6	2,3	10,2	1,1	4,5	%
obere Unterschicht	10	4	54	30	4	32	4	14	
	6,6	2,6	35,5	19,7	2,6	21,1	2,6	9,2	
untere Mittelschicht	18	2	80	31	13	59	5	48	
	7,0	0,8	31,3	12,1	5,1	23,0	2,0	18,8	
mittlere Mittelschicht	15	1	51	22	6	61	6	74	
	6,4	0,4	21,6	9,3	2,5	25,8	2,5	31,4	
obere Mittelschicht	8	0	12	1	4	25	5	33	
	9,1		13,6	1,1	4,5	28,4	5,7	37,5	
Oberschicht	11	0	17	4	2	34	5	43	
	9,5		14,7	3,4	1,7	29,3	4,3	37,1	

Kreustab.28
Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
a) Schwangerschaftsgymnastik	36 52,2	33 47,8	0	Anzahl %
b) Säuglingspflegekurs	3 37,5	4 50,0	1 12,5	
c) Lektüre,Gespräche über Geburt und Kindererziehung	140 55,6	106 42,1	6 2,4	
d) keine Vorbereitungen	52 36,6	78 54,9	12 8,5	
e) kombinierte Vorbereitungen b) + c)	14 42,4	18 54,5	1 3,0	
f) kombinierte Vorbereitungen a) + c)	135 58,7	91 39,6	4 1,7	
g) kombinierte Vorbereitungen a) + b)	18 69,2	7 26,9	1 3,8	
h) kombinierte Vorbereitungen a) + b) + c)	149 65,6	70 30,8	8 3,5	

6.2.16
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Art der Entbindung

Welcher Art die Entbindung war, konnte 1,0% nur mit "unbekannt" beantworten.
Spontan entbunden wurden 73,5%, mittels Zange oder Vakuumextraktion 16,9% und per Sectio caesarea 8,6% (Tab.19).
Auf die spontane Entbindung folgen häufiger lange Stillzeiten, und es wird insgesamt mehr gestillt - verglichen mit operativen Entbindungen (B)(Kreuztab.29).
Unregelmäßiges oder seltenes Aufsuchen der Schwangerschaftsberatung schlägt sich bei der Gruppe der Befragten nicht in einer größeren Häufigkeit komplizierterer Entbindungsarten nieder (E) (Kreuztab.30).
Operative Entbindungen waren bei rein klinischer Schwangerschaftsbetreuung tendenziell nicht so häufig wie bei Vornahme der Betreuung durch niedergelassene Ärzte oder bei gemischter Betreuung (C)(Kreuztab.31).

Tab.19
Art der Entbindung

Art der Entbindung	Anzahl	%
spontan	719	73,5
Zange oder Sauger	165	16,9
Sectio	84	8,6
unbekannt	10	1,0
ohne Angabe	30	
Total	1008	100,0

Kreuztab.29
Art der Entbindung/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
spontan	13 1,8	103 14,6	311 44,0	114 16,1	166 23,5	Anzahl %
Zange oder Sauger	1 0,6	16 9,8	72 44,2	31 19,0	43 26,4	
Sectio	1 1,2	7 8,4	21 25,3	16 19,3	38 45,8	
unbekannt	0	2 20,0	4 40,0	1 10,0	3 30,0	

Kreuztab.30
Art der Entbindung/Häufigkeit der ärztlichen Betreuung im Verlauf der Schwangerschaft

	gar nicht	2 oder 3 mal	unregelmäßig, in größeren Abständen	regelmäßig ca. alle 4–6 Wochen	
spontan	1 0,1	16 2,3	14 2,0	680 95,6	Anzahl %
Zange oder Sauger	0	2 1,2	5 3,1	154 95,7	
Sectio	0	3 3,6	1 1,2	80 95,2	
unbekannt	1 10,0	0	0	9 90,0	

Kreuztab.31
Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft/Art der Entbindung

Art der Betreuung	Entbindungsart			
	spontan	Zange oder Sauger	Sectio	
a) durch niedergelassenen Arzt	253 72,3	54 15,4	37 10,6	Anzahl % (+)
b) klinische Beratung	114 79,7	21 14,7	7 4,9	
c) Betreuung durch a) + b)	341 72,2	88 18,6	40 8,5	

(+) Die Differenzen zu 100,0% entsprechen dem nicht berücksichtigten Anteil derer, denen die Entbindungsart nicht bekannt ist.

6.2.17

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Subjektive Einstufung des Geburtsverlaufs

Die subjektive Einstufung des Geburtsverlaufs nahmen 23,7% als leicht, 55,3% als normal und 21,0% als schwer vor (Tab.20).

Mütter, die den Geburtsverlauf als schwer empfunden haben, stillen weniger und kürzer als solche mit normaler oder leichter Verlaufsangabe (A)(Kreuztab.32).

Die Beurteilung des Geburtsverlaufs ist unabhängig von der Art und Intensität geburtsvorbereitender Maßnahmen (E)(Kreuztab.33) und unabhängig davon, ob eine Schwangerschaft geplant war oder nicht (E)(Kreuztab.34).

Tab.20
Einstufung des Geburtsverlaufs aus der Sicht der Entbindenden

Verlauf der Geburt	Anzahl	%
schwer	206	21,0
leicht	232	23,7
normal	541	55,3
ohne Angabe	29	
Total	1008	100,0

Kreuztab.32
Einstufung des Geburtsverlaufs aus der Sicht der Entbindenden/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Geburtsverlauf schwer	1 0,5	13 6,4	82 40,6	41 20,3	65 32,2	Anzahl %
leicht	3 1,3	40 17,5	95 41,5	39 17,0	52 22,7	
normal	11 2,1	74 13,9	232 43,5	83 15,6	133 25,0	

Kreuztab.33 Einstufung des Geburtsverlaufs aus der Sicht der Entbindenden/Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

	1) Schwangerschaftsgymnastik	2) Säuglingspflegekurs	3) Lektüre Gespräche	4) keine Vorbereitungen	5) kombinierte Angabe 2)+3)	6) kombinierte Angabe 1)+3)	7) kombinierte Angabe 1)+2)	8) kombinierte Angabe 1)+2)+3)	
Geburtsverlauf schwer	12 5,8	2 1,0	63 30,6	27 13,1	8 3,9	44 21,4	4 1,9	46 22,3	Anzahl %
leicht	17 7,3	3 1,3	50 21,6	35 15,1	10 4,3	64 27,6	4 1,7	49 21,1	
normal	40 7,4	3 0,6	141 26,1	81 15,0	15 2,8	118 21,8	17 3,1	126 23,3	

Kreuztab.34
Einstufung des Geburtsverlaufs aus der Sicht der Entbindenden/Schwangerschaftsplanung

Geburtsverlauf	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
schwer	116 56,6	82 40,0	7 3,4	Anzahl %
leicht	127 54,7	101 43,5	4 1,7	
normal	293 54,8	220 41,1	22 4,1	

6.2.18
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Anwesenheit des Partners bei der Entbindung

In einer Häufigkeit von 21,3% war der Partner bei der Geburt des gemeinsamen Kindes anwesend, in 78,7% war er dagegen nicht anwesend, wobei in 37,7% die Möglichkeit der Teilnahme gegeben war, es in 21,3% nicht gestattet und in 19,7% von den Frauen abgelehnt wurde (Tab.21).
Bei der Gruppe von Frauen, die ihren Partner bei der Geburt des Kindes in unmittelbarer Nähe hatte, kommt häufigeres Stillen und längere Stillzeiten zur Beobachtung - verglichen mit denen, die in Abwesenheit des Partners entbunden haben (A) (Kreuztab.35).
Wird von den Befragten die eigene Mutter als primäre Person zur Erörterung von Problemen, die sich z.B. mit dem Kind ergeben, gesehen, ist der Anteil der bei der Geburt anwesenden Partner deutlich geringer, als wenn für diese Situation eine andere Vertrauensperson einschließlich des Ehepartners selbst zu Rate gezogen wird (B)(Kreuztab.36).
Möglicherweise ist die Anwesenheit oder das Fehlen des Partners auch eine Frage der Harmonie der Partnerbeziehung, da mit abnehmendem Harmoniegrad der Partner häufiger nicht dabei zu sein scheint (D)(Kreuztab.37).

Tab.21
Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bei der Entbindung

Anwesenheit des Partners	Anzahl	%
Anwesenheit nicht gestattet	203	21,3
Partner nicht dabei	359	37,7
Partner anwesend	203	21,3
Kreißende gegen die Anwesenheit des Partners	188	19,7
ohne Angabe	55	
Total	1008	100,0

Kreuztab.35
Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bei der Entbindung/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Anwesenheit nicht gestattet	2 1,0	21 10,4	88 43,8	38 18,9	52 25,9	Anzahl %
Partner nicht dabei	4 1,1	43 12,2	140 39,7	65 18,4	101 28,6	
Partner anwesend	5 2,5	46 22,9	91 45,3	22 10,9	37 18,4	
Kreißende gegen die Anwesenheit des Partners	2 1,1	17 9,1	78 41,7	35 18,7	55 29,4	

Kreuztab.36
Bevorzugte Person, mit der die Befragten Probleme, die sich mit dem Kind ergeben, erörtern/Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bei der Entbindung

	Partner nicht dabei	Partner anwesend	Kreißende gegen die Anwesenheit des Partners	
a) eigene Mutter	68 38,0	22 12,3	54 30,2	Anzahl % (+)
b) Schwiegermutter	6 40,0	4 26,7	2 13,3	
c) Bekannte	4 23,5	4 23,5	3 17,6	
d) Ehemann	255 37,9	148 22,0	120 17,8	
e) kombinierte Angabe c) + d)	21 36,2	22 37,9	7 12,1	

(+) Die Differenzen zu 100,0% entsprechen den Fällen, wo die Anwesenheit nicht gestattet war.

Kreuztab.37
Charakter der Partnerbeziehung/Anwesenheit des Ehemannes oder Partners bei der Entbindung

	Partner nicht dabei	Partner anwesend	Kreißende gegen die Anwesenheit des Partners	
sehr harmonische Beziehung	148 36,9	96 23,9	78 19,5	Anzahl % (+)
weitgehend harmonische Beziehung	172 38,7	90 20,3	80 18,0	
häufig Streit	18 46,2	7 17,9	11 28,2	
erheblich beeinträchtigte Beziehung	7 33,3	4 19,0	7 33,3	

(+) Die Differenzen zu 100,0% entsprechen den Fällen, wo die Anwesenheit nicht gestattet war.

6.2.19
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Zeitpunkt der Erstsicht des Kindes durch die Mutter nach der Geburt

Nach der Entbindung hatten 55,7% Gelegenheit ihr Kind sofort - allerdings nur für wenige Minuten - zu sehen, sofort für etwas längere Zeit 32,9%. Erst einige Stunden nach der Entbindung haben 8,8%, erst einige Tage danach 2,6% dieses bedeutungsvolle Erlebnis gehabt (Tab.22).- Die Ursache für diese großen Intervalle liegt wohl hauptsächlich in Auswirkungen operativer Entbindungen (A)(Kreuztab.38).
Wurde ein sofortiger und längerer Kontakt zwischen Mutter und Kind ermöglicht, sind Stillhäufigkeit und -dauer größer als bei Erstsicht mit zunehmendem Zwischenraum und als bei Erstsicht von kurzfristiger Dauer (A)(Kreuztab.39).

Tab.22
Zeitpunkt der Erstsicht des Kindes durch die Mutter nach der Geburt

Zeitpunkt der Erstsicht	Anzahl	%
sofort, für einige Minuten	551	55,7
sofort, für längere Zeit	326	32,9
Stunden später	87	8,8
Tage später	26	2,6
ohne Angabe	18	
Total	1008	100,0

Kreuztab.38
Art der Entbindung/Zeitpunkt der Erstsicht des Kindes durch die Mutter nach der Geburt

	sofort, für einige Min.	sofort, für längere Zeit	Stunden später	Tage später	
spontan	428 59,9	260 36,4	22 3,1	4 0,6	Anzahl %
Zange oder Sauger	87 53,4	50 30,7	20 12,3	6 3,7	
Sectio	20 24,1	8 9,6	42 50,6	13 15,7	
unbekannt	5 50,0	1 10,0	3 30,0	1 10,0	

Kreuztab.39
Zeitpunkt der Erstsicht des Kindes durch die Mutter nach der Geburt/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
sofort, für einige Min.	6 1,1	63 11,5	227 41,6	105 19,2	145 26,6	Anzahl %
sofort, für längere Zeit	8 2,5	58 18,0	156 48,4	42 13,0	58 18,0	
Stunden später	1 1,2	7 8,2	32 37,6	14 16,5	31 36,5	
Tage später	0	1 3,8	1 3,8	3 11,5	21 80,8	

6.2.20

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Emotionelle Reaktion der Mutter beim ersten Anblick des Kindes

Beim ersten Anblick ihres Kindes waren 70,3% der Mütter sehr glücklich und 22,3% zufrieden. Enttäuscht über das Aussehen des Kindes waren 3,3% und 4,0% über das Geschlecht (Tab.23).

Bei Enttäuschung über das Aussehen oder das Geschlecht werden lange Stillzeiten seltener und der Anteil gar nicht Stillender nimmt zu (B)(Kreuztab.40).

Tab.23
Emotionelle Reaktion beim ersten Anblick des Kindes durch die Mutter

Emotionelle Reaktion	Anzahl	%
enttäuscht über das Aussehen	33	3,3
enttäuscht über das Geschlecht	40	4,0
zufrieden	220	22,3
sehr glücklich	695	70,3
ohne Angabe	20	
Total	1008	100,0

Kreuztab.40
Emotionelle Reaktion der Mutter beim ersten Anblick ihres Kindes/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
enttäuscht über das Aussehen	1 3,0	3 9,1	16 48,5	2 6,1	11 33,3	Anzahl %
enttäuscht über das Geschlecht	0	3 8,1	12 32,4	3 8,1	19 51,4	
zufrieden	2 0,9	29 13,2	99 45,0	34 15,5	56 25,5	
sehr glücklich	12 1,7	94 13,7	289 42,1	126 18,3	166 24,2	

6.2.21

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft

Die medizinische Überwachung der Schwangerschaft wurde in 36,2% von einem niedergelassenen Arzt, in 14,7% von der Schwangerenberatung einer Klinik vorgenommen. Beide Möglichkeiten nutzten 48,8%; nur (?!) 0,3% ließen ihre Schwangerschaft gar nicht überwachen (Tab.24).
Die Häufigkeit und Dauer des Stillens zeigt keine Beziehung zur Art der erfolgten Schwangerschaftsberatung (E)(Kreuztab. 41).

Tab.24
Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft

Art der Betreuung	Anzahl	%
a) durch niedergelassenen Arzt	360	36,2
b) klinische Schwangerenberatung	146	14,7
c) Betreuung durch a) + b)	485	48,8
d) gar nicht	3	0,3
ohne Angaben	14	
Total	1008	100,0

Kreuztab.41
Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
a) durch niedergelassenen Arzt	6 1,7	53 14,9	139 39,0	58 16,3	100 28,1	Anzahl %
b) klinische Beratung	1 0,7	18 12,5	57 39,6	26 18,1	42 29,2	
c) Betreuung durch a) + b)	8 1,7	59 12,3	218 45,5	79 16,5	115 24,0	
d) gar nicht	0	0	2 66,7	1 33,3	0	

6.2.22

Häufigkeitsverteilung des Faktors: Häufigkeit der ärztlichen Betreuung im Verlauf der Schwangerschaft

Von den Befragten besuchten 95,6% die Schwangerenberatung regelmäßig - im Abstand von 4-6 Wochen; unter 5,0% liegt die Zahl derer, die unregelmäßig, insgesamt nur 2 oder 3mal oder gar nicht ärztlich betreut wurden (Tab.25).

Tab.25
Häufigkeit der ärztlichen Betreuung im Verlauf der Schwangerschaft

Häufigkeit der Betreuung	Anzahl	%
gar nicht	2	0,2
2 oder 3 mal	22	2,2
unregelmäßig, in größeren Abständen	20	2,0
regelmäßig, ca. alle 4-6 Wochen	948	95,6
ohne Angabe	16	
Total	1008	100,0

6.2.23

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Erwähnung des Stillens durch den die Schwangere betreuenden Arzt

Im Verlauf der Schwangerschaft sind 77,7% vom betreuenden Arzt auf das Thema Stillen nicht angesprochen worden. 14,2% geben an, daß ihre Entscheidung zu stillen oder nicht zu stillen, ärztlicherseits nicht zu beeinflussen versucht wurde.- Vom Stillen durch einen Arzt abgeraten wurde in 0,8%. Mit einer Häufigkeit von 7,3% haben Ärzte die Wichtigkeit des Stillens betont und dementsprechend empfohlen (Tab.26).

In der klinischen Schwangerenberatung fand das Stillen - verglichen mit der Beratung der niedergelassenen Ärzte - tendenziell häufiger keine Erwähnung.- Die niedergelassenen Ärzte

versuchten tendenziell weniger häufig die Still-oder-nicht-Still-Entscheidung der Schwangeren zu beeinflussen (C)(Kreuztab.42).

Man kann nicht behaupten, daß die vom Arzt im Gespräch mit der Schwangeren ausgesprochene Befürwortung des Stillens z.B. verglichen mit überhaupt keiner Erwähnung zu deutlich häufigerem oder längerem Stillen führt (C)(Kreuztab.43).

Tab.26
Erwähnung des Stillens durch den die Schwangere betreuenden Arzt

Erwähnung des Stillens	Anzahl	%
ärztliche Befürwortung	72	7,3
ärztliche Abratung	8	0,8
keine Erwähnung	766	77,7
kein Versuch der Einflußnahme	140	14,2
ohne Angabe	22	
Total	1008	100,0

Kreuztab.42
Art der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft/Erwähnung des Stillens durch den die Schwangere betreuenden Arzt

	ärztliche Befürwortung	ärztliche Abratung	keine Erwähnung	kein Versuch der Einflußnahme	
durch niedergelassenen Arzt	27 7,6	5 1,4	275 77,5	48 13,5	Anzahl %
klinische Beratung	12 8,4	0	120 83,9	11 7,7	

Kreuztab.43
Erwähnung des Stillens durch den die Schwangere betreuenden Arzt/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
ärztliche Befürwortung	1 1,4	8 11,3	37 52,1	8 11,3	17 23,9	Anzahl %
ärztliche Abratung	0	0	3 37,5	0	5 62,5	
keine Erwähnung	11 1,5	98 13,0	311 41,1	131 17,3	205 27,1	
kein Versuch der Einflußnahme	2 1,5	23 16,8	60 43,8	23 16,8	29 21,2	

6.2.24
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Entbindungsklinik

Der größte Teil der Entbindungen (66,9%) erfolgte in 6 Kliniken: 20,3% im Martin-Luther-Krkhs., 11,8% im Klinikum Steglitz, 10,9% in der Frauenklinik Charlottenburg, 9,6% in der Frauenklinik am Mariendorfer Weg, 8,9% im Rudolf-Virchow-Krkhs. und 5,4% im Auguste-Viktoria-Krkhs..
Die 13 anderen genannten Kliniken (zusammen 29,1%) liegen jede für sich fast ausnahmslos deutlich unter einem Anteil von 5,0%.
Hausentbindungen erfolgten in 0,5%; keine Angaben lieferten 3,5% (Tab.27).

Tab.27
Entbindungskliniken - Zahl der Entbindungen pro Klinik

Klinik	Anzahl der Entbindungen	%
Martin-Luther-Krkhs.	205	20,3
Klinikum Steglitz (FU)	119	11,8
Frauenklinik Charlottenburg (FU)	110	10,9
Frauenklinik am Mariendorfer Weg	97	9,6
Rudolf-Virchow-Krkhs.	90	8,9
Auguste-Viktoria-Krkhs.	54	5,4
Urban-Krkhs.	46	4,6
Städt.Krkhs.Moabit	37	3,7
St.Joseph-Krkhs.	30	3,0
Dominikus-Krkhs.	29	2,9
Städt.Krkhs.Spandau-Nord	27	2,7
St.Gertrauden-Krkhs.	26	2,6
Wenckebach-Krkhs.	25	2,5
Ev.-Waldkrkhs.	25	2,5
Kinderkrkhs.-RVK	18	1,8
Städt.Krkhs.Wilmersdorf	10	1,0
Paul-Gerhard-Krkhs.	9	0,9
Krkhs.Waldfriede	6	0,6
Westklinik Dahlem	5	0,5
Hausentbindungen	5	0,5
ohne Angabe	35	3,5
Total	1008	100,0

Setzt man die Häufigkeit und Dauer des Stillens in Beziehung zu den Entbindungskliniken (Kliniken, deren Anteil an den Entbindungen bei dieser Untersuchung unter 2,5% liegt, erfahren keine Berücksichtigung), ergibt sich folgendes Bild:
Von den 14 zum Vergleich gelangenden Kliniken zeigen 8 einen Prozentsatz n i c h t Stillender zwischen 24% - 30%. Größer ist dieser Prozentsatz im Städt.Krkhs.Spandau-Nord, Städt. Krkhs.Moabit und Ev.-Waldkrkhs.; kleiner im Urban-Krkhs., Wenckebach-Krkhs. und in der Frauenklinik am Mariendorfer Weg.

Faßt man die l a n g und s e h r l a n g Stillenden zusammen, dann ergeben sich Werte oberhalb von 15% für das

Urban-Krkhs. (17,8%), Klinikum Steglitz (16,1%), Frauenklinik Charlottenburg (19,8%), St.Gertrauden-Krkhs. (20,0%) und Martin-Luther-Krkhs. (21,4%).- Im Bereich unter 10% liegen: Ev.-Waldkrankenhaus (8,0%), Frauenklinik am Mariendorfer Weg (7,3%) und Rudolf-Virchow-Krkhs. (6,8%).- Die 6 nicht namentlich genannten Kliniken liegen im Zwischenbereich.

Einen Anteil von 10% - 25% nur i n d e r K l i n i k Stillender weisen 11 der 14 Kliniken auf.

Die quantitativ größte Gruppe der k u r z Stillenden zeigt für 9 Kliniken einen Anteil zwischen 35% - 45% (Kreuztab.44).

Kreuztab.44
Entbindungskliniken/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Martin-Luther-Krkhs.	5	38	82	27	49	Anzahl
	2,5	18,9	40,8	13,4	24,4	%
Klinikum Steglitz	1	18	44	20	35	
	0,8	15,3	37,3	16,9	29,7	
Frauenklinik Charlottenburg	1	20	41	16	29	
	0,9	18,7	38,3	15,0	27,1	
Frauenklinik Mariendf. Weg	1	6	44	24	21	
	1,0	6,3	45,8	25,0	21,9	
Rudolf-Virchow-Krkhs	0	6	40	16	26	
		6,8	45,5	18,2	29,5	
Auguste-Viktoria-Krkhs.	2	4	21	12	14	
	3,8	7,5	39,6	22,6	26,4	
Urban-Krkhs.	1	7	23	8	6	
	2,2	15,6	51,1	17,8	13,3	
Städt.Krkhs.Moabit	0	4	14	5	14	
		10,8	37,8	13,5	37,8	
St.Joseph-Krkhs.	0	4	16	2	8	
		13,3	53,3	6,7	26,7	
Dominikus-Krkhs.	1	3	12	5	8	
	3,4	10,3	41,4	17,2	27,6	
Städt.Krkhs.Spandau-Nord	0	4	6	8	9	
		14,8	22,2	29,6	33,3	
St.Gertrauden-Krkhs.	1	4	11	2	7	
	4,0	16,0	44,0	8,0	28,0	
Wenckebach-Krkhs.	1	2	15	6	1	
	4,0	8,0	60,0	24,0	4,0	
Ev.-Waldkrkhs.	0	2	6	6	11	
		8,0	24,0	24,0	44,0	

6.2.25

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Verhalten des Klinikpersonals zum Stillgeschehen

Traten in der Entbindungsklinik beim Stillen Probleme auf, wurden 48,2% immer wieder zu neuen Versuchen ermuntert, d.h. das Klinikpersonal zeigte gegenüber diesen Schwierigkeiten eine verständnisvolle Haltung; einen diesbezüglichen Mangel - sich in ungeduldigem Verhalten äußernd - beklagen 19,4%.
Gar nicht zu stillen oder schon während des Klinikaufenthaltes abzustillen, wurde in 22,0% vom Klinikpersonal sofort und bedenkenlos akzeptiert.
Daß man keine große Bereitschaft zeigte, das Abstillen zu unterstützen, diesen Eindruck geben 10,4% wieder (Tab.28).
Ein gleichgültiges (= widerspruchslose Abstill-Akzeptierung) bzw. ungeduldiges verglichen mit einem ermunterndem Verhalten des Klinikpersonals zum Stillgeschehen geht mit einem größeren Prozentsatz gar nicht Stillender einher (A). Für die Stilldauer aber ergeben sich aus dem jeweiligen Verhalten keine statistisch signifikanten Unterschiede (E)(Kreuztab.45).
Dem Personal der einzelnen Kliniken (sofern ihr Anteil an Entbindungen oberhalb von 2,5% liegt) wird von den jeweils dort Entbindenden ungeduldiges und gleichgültiges Verhalten mit folgender prozentualer Häufigkeit bescheinigt (A)(Kreuztab.46): St.Joseph-Krkhs. (7,4%); Dominikus-Krkhs. (11,5%); Wenckebach-Krkhs. (16,0%); Urban-Krkhs. (20,0%); Klinikum Steglitz (36,6%); St.Gertrauden-Krkhs. (37,5%); Frauenklinik am Mariendorfer Weg (39,8%); Städt.Krkhs.Spandau-Nord (42,3%); Frauenklinik Charlottenburg (44,5%); Auguste-Viktoria-Krkhs. (44,9%); Städt. Krkhs.Moabit (46,9%); Rudolf-Virchow-Krkhs. (47,6%); Ev.-Waldkrkhs. (56,6%); Martin-Luther-Krkhs. (58,7%).

Tab.28
Verhalten des Klinikpersonals zum Stillgeschehen

Verhalten des Personals	Anzahl	%
ungeduldig	177	19,4
ermunternd	439	48,2
keine Abstillbereitschaft	95	10,4
widerspruchslose Abstill-Akzeptierung	200	22,0
ohne Angabe	97	
Total	1008	100,0

Kreuztab.45
Verhalten des Klinikpersonals zum Stillgeschehen/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
ungeduldig	3 1,7	31 17,6	76 43,2	35 19,9	31 17,6	Anzahl %
ermunternd	4 0,9	56 13,0	235 54,5	78 18,1	59 13,7	
keine Abstillbereitschaft	2 2,2	10 10,8	38 40,9	12 12,9	31 33,3	
widerspruchslose Abstill-Akzeptierung	4 2,0	20 10,2	42 21,3	35 17,8	96 48,7	

Kreuztab.46
Entbindungskliniken/Verhalten des Klinikpersonals zum Stillgeschehen

	ungeduldig	ermutigend	keine Abstillbereitschaft	widerspruchslose Abstill-Akzeptierung	Anzahl %
Martin-Luther-Krkhs.	35 18,5	68 36,0	10 5,3	76 40,2	
Klinikum Steglitz	19 18,3	54 51,9	12 11,5	19 18,3	
Frauenklinik Charlottenburg	21 22,8	41 44,6	10 10,9	20 21,7	
Frauenklinik Mariendf. Weg	24 25,8	48 51,6	8 8,6	13 14,0	
Rudolf-Virchow-Krkhs.	22 26,2	36 42,9	8 9,5	18 21,4	
Auguste-Viktoria-Krkhs.	12 24,5	22 44,9	5 10,2	10 20,4	
Urban-Krkhs.	5 12,5	28 70,0	4 10,0	3 7,5	
Städt.Krkhs.Moabit	10 31,3	13 40,6	4 12,5	5 15,6	
St.Joseph-Krkhs.	2 7,4	19 70,4	6 22,2	0	
Dominikus-Krkhs.	1 3,8	20 76,9	3 11,5	2 7,7	
Städt.Krkhs.Spandau-Nord	5 19,2	9 34,6	6 23,1	6 23,1	
St.Gertrauden-Krkhs.	2 8,3	11 45,8	4 16,7	7 29,2	
Wenckebach-Krkhs.	4 16,0	19 76,0	2 8,0	0	
Ev.-Waldkrkhs.	3 13,0	6 26,1	4 17,4	10 43,5	

6.2.26
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Unterstützung in der Klinik beim Stillen und Abpumpen

Die zum Stillen (oder auch Abpumpen) anfänglich meist notwendige Anweisung durch ausgebildetes Klinikpersonal wird von den Befragten im gleichen Umfang als gut (49,7%) wie als schlecht (50,3%) eingestuft (Tab.29), wobei die Unterstützung besonders häufig als mangelhaft in der Frauenklinik Charlottenburg (67,0%), im Martin-Luther-Krkhs. (63,4%) und im Städt.Krkhs.Moabit

(61,1%) bezeichnet wird (A)(Kreuztab.47).
Häufigkeit und Dauer des Stillens liegen sowohl bei aus- als auch bei unzureichender Unterstützung in gleicher prozentualer Größenordnung (E)(Kreuztab.48).

Tab.29
Unterstützung in der Klinik beim Stillen und Abpumpen

Unterstützung	Anzahl	%
ausreichend	474	49,7
nicht ausreichend	479	50,3
ohne Angabe	55	
Total	1008	100,0

Kreuztab.47
Entbindungskliniken/Unterstützung in der Klinik beim Stillen und Abpumpen

	Unterstützung ausreichend	nicht ausreichend	
Martin-Luther-Krkhs.	70 36,6	121 63,4	Anzahl %
Klinikum Steglitz	67 57,8	49 42,2	
Frauenklinik Charlottenburg	35 33,0	71 67,0	
Frauenklinik Mariendf. Weg	46 50,5	45 49,5	
Rudolf-Virchow-Krkhs.	39 47,0	44 53,0	
Auguste-Viktoria-Krkhs.	28 54,9	23 45,1	
Urban-Krkhs.	26 57,8	19 42,2	
Städt.Krkhs.Moabit	14 38,9	22 61,1	
St.Joseph-Krkhs.	19 63,3	11 36,7	
Dominikus-Krkhs.	22 78,6	6 21,4	
Städt.Krkhs.Spandau-Nord	13 50,0	13 50,0	
St.Gertrauden-Krkhs.	14 60,9	9 39,1	
Wenckebach-Krkhs	15 62,5	9 37,5	
Ev.-Waldkrkhs.	12 54,5	10 45,5	

Kreuztab.48
Unterstützung in der Klinik beim Stillen und Abpumpen/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Unterstützung						
ausreichend	8	60	210	76	114	Anzahl
	1,7	12,8	44,9	16,2	24,4	%
nicht ausreichend	7	69	198	87	110	
	1,5	14,6	42,0	18,5	23,4	

6.2.27
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Häufigkeit des Anlegens des Säuglings zum Stillen in der Entbindungsklinik

Während des postpartalen klinischen Aufenthaltes wurde 74,7% der Mütter ihr Kind 5mal pro Tag zum Stillen angelegt. Öfter als 5mal erfolgte es in 2,4%; in 17,2% lag die Häufigkeit bei 3-4mal und in 5,7% bei 2-3mal (Tab.30).
Mit abnehmender Anlegehäufigkeit des Säuglings werden Stillzeiten von wenigen Tagen häufiger und längere Stillzeiten seltener genannt (D)(Kreuztab.49). (+)

Tab.30
Häufigkeit des Anlegens des Säuglings zum Stillen in der Entbindungsklinik

Anlegehäufigkeit	Anzahl	%
2 - 3 mal	50	5,7
3 - 4 mal	151	17,2
5 mal	654	74,7
mehr als 5 mal	21	2,4
ohne Angabe	132	
Total	1008	100,0

(+) Anmerkung 6: Im Vergleich nicht berücksichtigt (Fallzahl zu klein): Fälle mit Anlegehäufigkeit> 5mal.

Kreuztab.49
Häufigkeit des Anlegens des Säuglings zum Stillen in der Entbindungsklinik/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	
Anlegehäufigkeit					
2 - 3 mal	1 2,7	6 16,2	17 45,9	13 35,1	Anzahl %
3 - 4 mal	2 1,7	19 16,2	64 54,7	32 27,4	
5 mal	12 2,2	99 18,3	317 58,5	114 21,0	
mehr als 5 mal	0	4 30,8	5 38,4	4 30,8	

6.2.28
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Einstufung der zum Stillen in der Klinik zur Verfügung stehenden Zeit als aus- oder unzureichend

Ob der Zeitraum, der den Müttern pro Stillakt in der Klinik zur Verfügung stand, dahingehend als ausreichend zu betrachten ist, daß nach Entlassung das Stillen problemlos beherrscht wird, beantworten 76,4% mit Ja und 23,6% mit Nein (Tab.31).

Es kommen längere Stillzeiten zur Beobachtung bei als ausreichend empfundener Zeitdauer (B)(Kreuztab.50).

Kliniken, wo die zum Stillen zur Verfügung gestellte Zeit von den Befragten mit einer Häufigkeitsangabe zwischen 30 - 50% - der Durchschnitt liegt unter 20% - als zu kurz bezeichnet wurde, sind das Rudolf-Virchow-Krkhs., Urban-Krkhs., Frauenklinik am Mariendorfer Weg und St.Joseph-Krkhs.(A)(Kreuztab.51)

Tab.31
Einstufung der beim Stillen in der Klinik zur Verfügung stehenden Zeit als aus- oder unzureichend unter dem Gesichtspunkt, nach Klinikentlassung das Stillen problemlos zu beherrschen

Ausreichende Zeitdauer	Anzahl	%
ja	651	76,4
nein	201	23,6
ohne Angabe	156	
Total	1008	100,0

Kreuztab.50
Einstufung der zum Stillen in der Klinik zur Verfügung stehenden Zeit als aus- oder unzureichend unter dem Gesichtspunkt, nach Klinikentlassung das Stillen problemlos zu beherrschen/Stilldauer

		sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	
ausreichende Zeit:	ja	8 1,5	110 20,4	308 57,0	114 21,1	Anzahl %
	nein	7 4,3	19 11,8	92 57,2	43 26,7	

Kreuztab.51
Entbindungskliniken/Einstufung der beim Stillen in der Klinik zur Verfügung stehenden Zeit als aus- oder unzureichend unter dem Gesichtspunkt, nach Klinikentlassung das Stillen problemlos zu beherrschen

	ausreichende Zeit		
	ja	nein	
Martin-Luther-Krkhs.	145 82,9	30 17,1	Anzahl %
Klinikum Steglitz	79 79,0	21 21,0	
Frauenklinik Charlottenburg	75 80,6	18 19,4	
Frauenklinik Mariendf. Weg	54 65,9	28 34,1	
Rudolf-Virchow-Krkhs.	36 50,7	35 49,3	
Auguste-Viktoria-Krkhs.	33 78,6	9 21,4	
Urban-Krkhs.	29 65,9	15 34,1	
Städt.Krkhs.Moabit	24 72,7	9 27,3	
St.Joseph-Krkhs.	18 69,2	8 30,8	
Dominikus-Krkhs.	23 92,0	2 8,0	
Städt.Krkhs.Spandau-Nord	18 81,8	4 18,2	
St.Gertrauden-Krkhs.	21 95,5	1 4,5	
Wenckebach-Krkhs.	20 80,0	5 20,0	
Ev.-Waldkrkhs.	16 80,0	4 20,0	

6.2.29
Häufigkeitsverteilung des Faktors: Von den Befragten zum Stillen bevorzugte räumliche Klinikbedingungen

Nach den räumlichen Bedingungen befragt, unter denen sie ihr Kind am liebsten gestillt hätten, nennen 20,3% das Ein-Bettzim-

mer, 54,8% das Zwei-Bettzimmer und 24,9% ein Zimmer mit mehreren Betten (Tab.32).

Tab.32
Zum Stillen bevorzugte räumliche Klinikbedingungen

Bettenzahl pro Zimmer	Anzahl	%
1-Bettzimmer	184	20,3
2-Bettzimmer	496	54,8
Mehr-Bettzimmer	225	24,9
ohne Angabe	103	
Total	1008	100,0

6.2.30
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in

Innerhalb der Entbindungsklinik Mütter und Säuglinge im gleichen Raum unterzubringen (Rooming-in) würden 68,0% der Befragten begrüßen, 1,2% wäre es gleichgültig und 30,7% sind dagegen (Tab.33).
Die Einstellung zum Rooming-in findet keinen Niederschlag in Stillhäufigkeit und -dauer (E)(Kreuztab.52) und ist nicht abhängig von einer Schichtzugehörigkeit (E)(Kreuztab.53).
Befürwortung oder Ablehnung des Rooming-in halten sich die Waage, ganz gleich ob eine intensive Vorbereitung auf Geburt und Kind stattgefunden hat oder nicht (E)(Kreuztab.54).
Wurde die Schwangerschaft in belastender Weise erlebt, wird Rooming-in weniger häufig gutgeheißen als bei einem beglückenden Erlebnis (A)(Kreuztab.55).
Bei einer schwer verlaufenen Geburt ist die Häufigkeit der Ablehnung des Rooming-in nicht größer als bei leichtem Verlauf (E)(Kreuztab.56).

Tab.33
Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in

Einstellung zum Rooming-in	Anzahl	%
dagegen	301	30,7
gleichgültig	12	1,2
dafür	666	68,0
ohne Angabe	29	
Total	1008	100,0

Kreuztab.52
Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
dagegen	4 1,4	40 13,6	125 42,4	51 17,3	75 25,4	Anzahl %
gleichgültig	0	0	4 36,4	2 18,2	5 45,5	
dafür	11 1,7	89 13,5	277 42,0	108 16,4	174 26,4	

Kreuztab.53
Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in/Schichtzugehörigkeit

	untere Unter-schicht	obere Unter-schicht	untere Mittel-schicht	mittlere Mittel-schicht	obere Mittel-schicht	Ober-schicht	
dagegen	30 10,0	42 14,0	77 25,6	72 23,9	28 9,3	33 11,0	Anzahl % (+)
gleichgültig	1 8,3	2 16,7	4 33,3	2 16,7	1 8,3	1 8,3	
dafür	55 8,3	106 15,9	169 25,4	157 23,6	57 8,6	76 11,4	

(+) Die Differenzen zu 100,0% entsprechen den Fällen, die keiner Schicht zugeordnet werden konnten.

Kreustab.54 Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in/Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

	1) Schwangerschaftsgymnastik	2) Säuglingspflegekurs	3) Lektüre Gespräche	4) keine Vorbereitungen	5) kombinierte Angabe 2)+3)	6) kombinierte Angabe 1)+3)	7) kombinierte Angabe 1)+2)	8) kombinierte Angabe 1)+2)+3)	
dagegen	22 7,4	2 0,7	74 24,8	49 16,4	11 3,7	69 23,2	7 2,3	64 21,5	n %
gleichgültig	1 8,3	0	1 8,3	4 33,3	1 8,3	3 25,0	1 8,3	1 8,3	
dafür	47 7,2	6 0,9	175 26,7	84 12,8	18 2,7	156 23,8	18 2,7	152 23,2	

Kreustab.55
Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft/Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in

	dagegen	gleichgültig	dafür	
überwiegend angenehm	116 33,3	6 1,7	226 64,9	Anzahl %
sehr beglückend	58 22,5	1 0,4	199 77,1	
mehr als Belastung	32 38,6	1 1,2	50 60,2	
weder an- noch unangenehm	92 33,3	4 1,4	180 65,2	

Kreustab.56
Einstufung des Geburtsverlaufs aus der Sicht der Entbindenden/Einstellung der befragten Mütter zum Rooming-in

Geburtsverlauf	dagegen	gleichgültig	dafür	
schwer	51 25,2	3 1,5	148 73,3	Anzahl %
leicht	63 27,9	1 0,4	162 71,7	
normal	180 34,3	8 1,5	337 64,2	

6.2.31
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang

Die erlebnismäßige Charakterisierung des Stillaktes bezeichneten 36,4% als befriedigend und seelisch ausgleichend, 13,9% empfanden nur dann Befriedigung, wenn sie selbst entspannt waren. Viel schöner als ursprünglich gedacht war Stillen für 23,3%.
Keinen gefühlsmäßigen Erlebniswert hatte Stillen für 9,5%, und für 16,9% war der Stillakt ein gefühlsmäßig negatives Ereignis (Tab.34).

Bei einer positiven Beurteilung der mit dem Stillen verbundenen Gefühlserlebnisse beobachtet man längere Stillzeiten als bei empfindungsloser oder unangenehm schmerzhafter Einstufung (A)(Kreuztab.57). (+)

Bei einem Befriedigung verschaffendem Stillerlebnis wird die Schwangerschaft häufiger als geplant angegeben als bei empfindungsloser oder unangenehm schmerzhafter Einstufung des Stillaktes (A)(Kreuztab.58). (++)

Negative Stillerlebnisse scheinen bei belastend erlebtem Schwangerschaftsverlauf eher vorzukommen als im Falle der positiven Erinnerung der Schwangerschaft (D)(Kreuztab.59).

(+) (++) Anmerkung 7: Diese Beobachtungen gelten nicht für die - allerdings vergleichsweise wenigen - Fälle, die den Stillvorgang belastend und anstrengend nannten.

Tab.34
Beschreibung der Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang

Gefühlserlebnisse beim Stillen	Anzahl	%
befriedigend und seelisch ausgleichend	296	36,4
befriedigend bei eigener Entspannung	113	13,9
keine Empfindung	77	9,5
viel schöner als ursprünglich gedacht	190	23,3
belastend und anstrengend	28	3,4
unangenehm, da schmerzhaft	110	13,5
ohne Angabe	194	
Total	1008	100,0

Kreustab.57
Beschreibung der Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	
befriedigend und seelisch ausgleichend	10 3,7	62 23,0	149 55,2	49 18,1	Anzahl %
befriedigend bei eigener Entspannung	0	20 18,7	72 67,3	15 14,0	
keine Empfindung	0	6 10,0	34 56,7	20 33,3	
viel schöner als ursprünglich gedacht	5 2,8	32 18,3	103 58,9	35 20,0	
belastend und anstrengend	0	5 20,8	16 66,7	3 12,5	
unangenehm, da schmerzhaft	0	3 3,7	41 50,0	38 46,3	

Kreustab.58
Beschreibung der Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft			
	geplant	unerwartet	unerwünscht	
befriedigend und seelisch ausgleichend	174 60,0	106 36,6	10 3,4	Anzahl %
befriedigend bei eigener Entspannung	67 60,9	41 37,3	2 1,8	
keine Empfindung	32 42,1	39 51,3	5 6,6	
viel schöner als ursprünglich gedacht	101 53,4	85 45,0	3 1,6	
belastend und anstrengend	17 60,7	10 35,7	1 3,6	
unangenehm, da schmerzhaft	55 50,5	50 45,9	4 3,7	

Kreustab.59
Erlebnismäßige Einstufung der Schwangerschaft/Beschreibung der Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang

	befriedigend, seelisch ausgleichend	befriedigend bei eigener Entspannung	keine Empfindung	viel schöner als ursprünglich gedacht	belastend u. anstrengend	unangenehm, da schmerzhaft	
Überwiegend angenehm	124 43,1	40 13,9	17 5,9	60 20,8	10 3,5	37 12,8	Anzahl %
sehr beglückend	82 37,1	22 10,0	10 4,5	79 35,7	6 2,7	22 10,0	
mehr als Belastung	16 24,2	15 22,7	7 10,6	11 16,7	4 6,1	13 19,7	
weder an- noch unangenehm	73 31,3	33 14,2	42 18,0	39 16,7	8 3,4	38 16,3	

6.2.32

Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Beeinträchtigung der Form der Brüste durch den Stillvorgang

Daß durch Stillen die Form der Brüste - im schönheitsidealistischen Verständnis - in Mitleidenschaft gezogen wird, halten 25,4% für berechtigt, 74,6% dagegen für falsch (Tab.35).

Beide Ansichten findet man mit sich kaum unterscheidender Häufigkeit sowohl bei Stillenden als auch bei nicht Stillenden (E)(Kreuztab.60).

Mag es bei der erstgenannten Gruppe Resultat eigener Erfahrung sein, muß man für die zweite Gruppe - sofern es sich um Primiparae handelt - annehmen, daß die gemachte Angabe eine Vermutung darstellt.

Tab.35
Beeinträchtigung der Form der Brüste durch den Stillvorgang

Beeinträchtigung der Brustform	Anzahl	%
berechtigte Befürchtung	237	25,4
unberechtigte Befürchtung	697	74,6
ohne Angabe	74	
Total	1008	100,0

Kreuztab.60
Beeinträchtigung der Form der Brüste durch den Stillvorgang/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
Beeinträchtigung der Brustform:						
berechtigte Befürchtung	2	31	111	35	56	Anzahl
	0,9	13,2	47,2	14,9	23,8	%
unberechtigte Befürchtung	13	95	299	127	158	
	1,9	13,7	43,2	18,4	22,8	

6.2.33
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Ansichten über entscheidende Voraussetzungen für die Muttermilchproduktion

Befragt nach den ihrer Meinung nach entscheidenden Einflüssen für die Produktion von Muttermilch nennen als solitären Faktor 16,8% die mütterliche Ernährung, 17,4% die Größe ihrer Brüste und 9,8% die Einstellung zum Kind.
Für 56,0% bestehen Interaktionen zwischen der seelischen Verfassung der Mutter - entweder als alleinige Größe oder zusammen mit anderen der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten - und der Milchproduktion (Tab.36).

Die Fälle, die allein somatische Faktoren (Ernährung oder Brustgröße der Mutter) für die Milchproduktion verantwortlich machen, stillen vergleichsweise weniger und kürzer.
Wird die seelische Verfassung der Mutter als wesentlicher aber alleiniger Faktor angegeben, sind längere Stillzeiten ebenfalls seltener zu beobachten.
Wenn die mütterliche Einstellung zum Kind - entweder allein oder mit anderen Faktoren zusammen - als wesentliche Einflußnahme angekreuzt wurde, werden längere Stilldauern häufiger genannt (A)(Kreuztab.61).

Tab.36
Ansichten über entscheidende Voraussetzungen für die Muttermilchproduktion

Entscheidende Parameter	Anzahl	%
a) körperliche Voraussetzungen (Größe, Form der Brüste)	166	17,4
b) seelische Verfassung d. Mutter	170	17,9
c) mütterliche Einstellung zum Kind	93	9,8
d) Ernährung der Mutter	160	16,8
e) kombinierte Angaben b) + d)	119	12,5
f) " " b) + c)	98	10,3
g) " " b) + c) + d)	146	15,3
ohne Angabe	56	
Total	1008	100,0

Kreustab.61
Entscheidende Voraussetzungen für die Muttermilchproduktion/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
a) körperliche Voraussetzungen (Brustgröße, -form)	0	17 10,2	59 35,5	37 22,3	53 31,9	Anzahl %
b) seelische Verfassung der Mutter	0	15 8,8	80 47,1	33 19,4	42 24,7	
c) mütterliche Einstellung zum Kind	4 4,3	19 20,7	34 37,0	14 15,2	21 22,8	
d) Ernährung der Mutter	1 0,6	10 6,3	62 39,2	34 21,5	51 32,3	
e) kombinierte Angaben b) + d)	0	12 10,3	66 56,4	13 11,1	26 22,2	
f) kombinierte Angaben b) + c)	7 7,2	21 21,6	38 39,2	10 10,3	21 21,6	
g) kombinierte Angaben b) + c) + d)	3 2,1	31 21,4	72 49,7	14 9,7	25 17,2	

6.2.34
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Ansichten zum Vergleich künstlicher mit natürlicher Säuglingsnahrung

Die künstliche Säuglingsnahrung ist im Vergleich zu Muttermilch für 38,0% der Befragten nicht so vollwertig, für 56,3% genauso gut und für 5,7% sogar besser (hygienischer) (Tab.37).

Die letzte Ansicht wird häufiger in unteren sozialen Schichten vertreten. Qualitative Gleichwertigkeit beider Ernährungsmethoden oder Überlegenheit der Muttermilch sind häufiger als Meinung der Mittelschicht anzutreffen (A)(Kreuztab.62).

Die Betonung der Überlegenheit der künstlichen Nahrung geht parallel mit Unterlassung geburtsvorbereitender Maßnahmen. Diese Ansicht der Befragten kehrt sich ins Gegenteil mit zunehmendem Umfang der Vorbereitungen (z.B.: Schwangerschafts-

gymnastik + Säuglingspflegekurs + Lektüre) (A)(Kreuztab.63).

Die höhere Bewertung der Muttermilch als adäquate Säuglingsnahrung findet man häufiger bei Müttern, die vergleichsweise mehr und länger stillen (A)(Kreuztab.64).

Tab.37
Ansichten zum Vergleich künstlicher mit natürlicher Säuglingsnahrung

Vergleich künstliche/natürliche Säuglingsnahrung	Anzahl	%
künstliche Nahrung besser, da hygienischer	56	5,7
künstliche Nahrung gleichwertig	556	56,3
künstliche Nahrung nicht so vollwertig	375	38,0
ohne Angabe	21	
Total	1008	100,0

Kreuztab.62
Ansichten zum Vergleich künstlicher mit natürlicher Säuglingsnahrung/Schichtzugehörigkeit

künstliche Nahrung:	untere Unterschicht	obere Unterschicht	untere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	obere Mittelschicht	Oberschicht	
besser, da hygienischer	10 17,9	13 23,2	17 30,4	6 10,7	2 3,6	0	Anzahl % (+)
gleichwertig	51 9,2	85 15,3	161 29,0	129 23,2	47 8,5	57 10,3	
nicht so vollwertig	27 7,2	54 14,4	74 19,7	99 26,4	38 10,1	55 14,7	

(+) Die Differenzen zu 100,0% entsprechen den Fällen, die keiner Schicht zugeordnet werden konnten.

Kreuztab.63 Ansichten zum Vergleich künstlicher mit natürlicher Säuglingsnahrung/Vorbereitende Maßnahmen auf Geburt und Kind

künstliche Nahrung:	1) Schwangerschaftsgymnastik	2) Säuglingspflegekurs	3) Lektüre Gespräche	4) keine Vorbereitungen	5) kombinierte Angabe 2)+3)	6) kombinierte Angabe 1)+3)	7) kombinierte Angabe 1)+2)	8) kombinierte Angabe 1)+2)+3)	
besser, da hygienischer	3	0	17	21	1	8	0	4	n
	5,6		31,5	38,9	1,9	14,8		7,4	%
gleichwertig	45	5	139	82	16	131	16	116	
	8,2	0,9	25,3	14,9	2,9	23,8	2,9	21,1	
nicht so vollwertig	21	3	93	37	15	91	10	103	
	5,6	0,8	24,9	9,9	4,0	24,4	2,7	27,6	

Kreuztab.64
Ansichten zum Vergleich künstlicher mit natürlicher Säuglingsnahrung/Stilldauer

künstliche Nahrung:	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
besser, da hygienischer	1	0	11	22	21	Anzahl
	1,8		20,0	40,0	38,2	%
gleichwertig	3	58	226	93	168	
	0,5	10,6	41,2	17,0	30,7	
nicht so vollwertig	11	68	177	50	66	
	3,0	18,3	47,6	13,4	17,7	

6.2.35
Häufigkeitsverteilung der Stillzeiten vorangehender Kinder; vorherige Stilldauer - jetzige Stilldauer

Von Müttern mit mehr als einem Kind haben 5,1% der befragten Gruppe diese(s) vorangehende(n) ebenfalls nicht gestillt, 9,0% genauso lange, 3,2% kürzer und 13,7% länger; 69,0% haben die Frage als nicht zutreffend betrachtet (Tab.38).

Die Kreuztab.65 zeigt die jetzigen Stillzeiten derjenigen Mütter, die frühere Kinder kürzer, genauso lange oder länger gestillt haben.

Tab.38
Stillen vorangehender Kinder

Frühere Kinder gestillt	Anzahl	%
nicht zutreffend	661	69,0
ebenfalls nicht	49	5,1
genauso lange	86	9,0
kürzer	31	3,2
länger	131	13,7
ohne Angabe	50	
Total	1008	100,0

Kreuztab.65
Stillen vorangehender Kinder/Stilldauer

frühere Kinder gestillt:	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
genauso lange	4 4,8	15 17,9	49 58,3	16 19,0	0	Anzahl %
kürzer	0	12 40,0	17 56,7	1 3,3	0	
länger	2 1,5	14 10,7	55 42,0	19 14,5	41 31,3	

6.2.36
Häufigkeitsverteilung des Faktors: Beabsichtigtes Stillverhalten beim nächsten Kind

Ihr nächstes Kind würden 65,5% wiederum stillen, 18,6% geben an, daß sie länger stillen wollten und 0,3% beabsichtigen kürzer zu stillen. Von den 15,5%, die ihr nächstes Kind nicht stillen möchten (Tab.39), hat fast die Hälfte das mit der Untersuchung erfaßte Kind auch nicht gestillt (Kreuztab.66).

Man trifft häufiger auf die Angabe, das nächste Kind wieder oder länger stillen zu wollen, wenn der jetzige Stillvorgang mit positiven Gefühlserlebnissen verbunden war (A)(Kreuztab.67).

Tab.39
Beabsichtigtes Stillverhalten beim nächsten Kind

Stillen des nächsten Kindes	Anzahl	%
wieder stillen	611	65,5
nicht mehr stillen	145	15,5
kürzer	3	0,3
länger	174	18,6
ohne Angabe	75	
Total	1008	100,0

Kreuztab.66
Beabsichtigtes Stillverhalten beim nächsten Kind/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
nicht mehr stillen	0	1 0,7	30 21,0	41 28,7	71 49,7	Anzahl %

Kreuztab.67
Beschreibung der Gefühlserlebnisse beim Stillvorgang/Beabsichtigtes Stillverhalten beim nächsten Kind

	wieder stillen	nicht mehr stillen	kürzer stillen	länger stillen	
befriedigend und seelisch ausgleichend	216 74,5	19 6,6	1 0,3	54 18,6	Anzahl %
befriedigend bei eigener Entspannung	73 64,6	11 9,7	0	29 25,7	
keine Empfindung	46 62,2	19 25,7	1 1,4	8 10,8	
viel schöner als ursprünglich gedacht	127 69,4	7 3,8	0	49 26,8	
belastend und anstrengend	16 61,5	7 26,9	1 3,8	2 7,7	
unangenehm, da schmerzhaft	48 44,9	37 34,6	0	22 20,6	

6.2.37
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stilldauer des Faktors: Einflußnahmen auf die Entscheidung zu stillen

Den Entschluß, ihr Kind zu stillen, meinen 60,4% frei vom Einfluß anderer Personen getroffen zu haben. 6,5% schreiben ihrem Ehemann, 2,3% Verwandten und 8,0% Ärzten eine Beeinflussung im positiven Sinne zu. Durch Medien (Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen) fühlen sich 3,5% in ihrer Entscheidung betroffen (Tab.40).
Wird von den Befragten eingeräumt, daß eine oder mehrere Personen die Entscheidung zu stillen mitbeeinflußt haben, kommen tendenziell längere Stillzeiten zur Beobachtung (C)(Kreuztab. 68).

Tab.40
Einflußnahmen auf die Entscheidung zu stillen

Einflußnahmen	Anzahl	%
durch niemand beeinflußt	572	60,4
vom Ehemann	62	6,5
durch Verwandte und/oder Bekannte	22	2,3
durch Ärzte und Krankenhauspersonal	76	8,0
durch Literatur,Radio,Fernsehen	33	3,5
nicht zutreffend	182	19,2
ohne Angabe	61	
Total	1008	100,0

Kreuztab.68
Einflußnahmen auf die Entscheidung zu stillen/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	
durch niemand beeinflußt	11 2,2	84 16,9	303 60,8	100 20,1	Anzahl %
vom Ehemann	1 1,7	15 25,4	31 52,5	12 20,3	
durch Verwandte und/oder Bekannte	2 10,5	6 31,6	7 36,8	4 21,0	
durch Ärzte und Krankenhaus-personal	1 1,6	16 25,4	33 52,4	13 20,6	
durch Literatur, Radio, Fernsehen	0	7 21,9	21 65,6	4 12,5	

6.2.38
Häufigkeitsverteilung des Faktors: Einflußnahmen auf die Entscheidung nicht zu stillen

Mütter, die ihr Kind nicht gestillt haben, meinen zu 30,1% durch niemanden beeinflußt worden zu sein. 11,4% geben Einflüsse durch Ärzte und Krankenhauspersonal, 0,9% durch Verwandte und/oder Bekannte an. 57,6% haben die Frage als nicht zutreffend betrachtet (Tab.41).

Tab.41
Einflußnahmen auf die Entscheidung nicht zu stillen

Einflußnahmen	Anzahl	%
durch niemand beeinflußt	223	30,1
vom Ehemann	0	
durch Verwandte und/oder Bekannte	7	0,9
durch Ärzte und Krankenhauspersonal	84	11,4
durch Literatur,Radio,Fernsehen	0	
nicht zutreffend	426	57,6
ohne Angabe	268	
Total	1008	100,0

6.2.39
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Einstellung des Partners zum Stillen

Die Ehemänner oder Partner der Befragten haben in 86,3% das Stillen befürwortet.
Eine gleichgültige Position bezogen 12,5% (in 11,7% dieser Fälle war das Kind erwünscht, in 0,8% nicht erwünscht).
Eine ablehnende Einstellung des Partners zum Stillen wird mit einer Häufigkeit von 1,3% angegeben (Tab.42).

Die Still-Befürwortung des Partners ist kombiniert mit einer insgesamt größeren Stillhäufigkeit und Stilldauer (A)(Kreuztab.69).

Tab.42
Einstellung des Partners zum Stillen

Einstellung des Partners	Anzahl	%
gleichgültig, da das Kind unerwünscht war	7	0,8
gleichgültig, obwohl Kind erwünscht war	108	11,7
befürwortend	799	86,3
ablehnend	12	1,3
ohne Angabe	82	
Total	1008	100,3

Kreuztab.69
Einstellung des Partners zum Stillen/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
gleichgültig, da das Kind unerwünscht war	0	0	2 28,6	3 42,9	2 28,6	Anzahl %
gleichgültig, obwohl das Kind erwünscht war	1 0,9	6 5,6	30 27,8	25 23,1	46 42,6	
befürwortend	13 1,6	119 15,0	371 46,7	127 16,0	165 20,8	
ablehnend	0	1 8,3	3 25,0	1 8,3	7 58,3	

6.2.40
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Einstellung der Mutter der befragten Frauen zum Stillen

Die Einstellung der Mutter der Befragten zum Stillen wird in

86,5% als positiv, in 10,4% als gleichgültig und in 3,2% als negativ angegeben (Tab.43).
Wird eine befürwortende Einstellung zum Stillen mütterlicherseits genannt, so beobachtet man häufigeres und längeres Stillen (B)(Kreuztab.70).

Tab.43
Einstellung der Mutter der befragten Frauen zum Stillen

Einstellung der Mutter	Anzahl	%
positiv	785	86,5
gleichgültig	94	10,4
negativ	29	3,2
ohne Angabe	100	
Total	1008	100,0

Kreuztab.70
Einstellung der Mutter der befragten Frauen zum Stillen/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
positiv	12 1,5	114 14,6	348 44,4	123 15,7	186 23,8	Anzahl %
gleichgültig	1 1,1	7 7,5	35 37,6	23 24,7	27 29,0	
negativ	1 3,4	2 6,9	10 34,5	8 27,6	8 27,6	

6.2.41
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Selbsterfahrenes Stillen

Ob sie von ihrer eigenen Mutter gestillt worden sind, können 12,4% nicht eindeutig beantworten; mit Nein antworten 9,1%, mit Ja 78,5% (Tab.44).
Die innerhalb des befragten Kollektivs von der eigenen Mutter

Gestillten stillen selbst insgesamt häufiger und weisen längere Stilldauern auf (B)(Kreuztab.71).

Tab.44
Von der eigenen Mutter gestillt

Selbst gestillt worden	Anzahl	%
nicht bekannt	123	12,4
ja	779	78,5
nein	90	9,1
ohne Angabe	16	
Total	1008	100,0

Kreuztab.71
Von der eigenen Mutter gestillt/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
nicht bekannt	2 1,6	12 9,8	38 31,1	26 21,3	44 36,1	Anzahl %
ja	11 1,4	108 13,9	354 45,7	121 15,6	181 23,4	
nein	2 2,2	10 11,2	27 30,3	18 20,2	32 36,0	

6.2.42
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Gründe des Abstillens

An erster Stelle wird bei Gründen, die zum Abstillen veranlaßt haben, eine zu geringe Milchmenge genannt (43,9%); die gleiche Begründung in Kombination mit Trinkschwierigkeiten von Seiten des Kindes steht an zweiter Stelle (13,1%). Schmerzen beim Stillen (10,2%) und mütterliche Erkrankungen (9,8%) folgen als weitere Begründungen. 5,4% haben abgestillt,

weil ihnen die Stilldauer lang genug erschien; in jeweils 4,8% lautete die Angabe zu anstrengend oder Kind erkrankt.
Weil künstliche Säuglingsnahrung gleichwertig sei, haben 3,3% abgestillt, aus beruflichen Gründen 2,8% und 1,9% allein wegen Trinkschwierigkeiten kindlicherseits (Tab.45).
Für 13,3% stand schon nach kurzer Zeit - spätenstens nach einigen Tagen - fest, daß sie zu wenig Milch hätten.
In 29,6% trat die Hypogalaktie als Abstillgrund zwischen der 2. und 8.Woche in Erscheinung.
Bei Fällen von Erkrankungen oder Trinkhindernissen des Kindes oder Gleichbewertung künstlicher Säuglingsnahrung liegt der Anteil der gar nicht Stillenden über 50%.
Meinten Mütter lange genug gestillt zu haben, so waren es zu über 70% solche, die mindestens 2 Monate gestillt hatten (Kreuztab.72).

Tab.45
Gründe des Abstillens

Gründe des Abstillens	Anzahl	%
a) Hypogalaktie	409	43,9
b) künstliche Nahrung genauso gut	31	3,3
c) Stillen zu anstrengend	45	4,8
d) Stilldauer lang genug	50	5,4
e) Trinkschwierigkeiten kindlicherseits	18	1,9
f) Schmerzen beim Stillen	95	10,2
g) aus beruflichen Gründen	26	2,8
h) Erkrankung des Kindes	45	4,8
i) Erkrankung der Mutter	91	9,8
j) kombinierte Gründe a) + e)	122	13,1
ohne Angabe	76	
Total	1008	100,0

Kreuztab.72
Gründe des Abstillens/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
a) Hypogalaktie	4 1,0	60 14,7	220 53,9	56 13,7	68 16,7	Anzahl %
b) künstliche Nahrung genauso gut	0	1 3,2	8 25,8	6 19,4	16 51,6	
c) Stillen zu anstrengend	0	5 11,1	25 55,6	6 13,3	9 20,0	
d) Stilldauer lang genug	9 18,0	27 54,0	12 24,0	2 4,0	0	
e) Trinkschwierigkeiten kindlicherseits	0	0	4 23,5	1 5,9	12 70,6	
f) Schmerzen beim Stillen	0	4 4,2	39 41,1	36 37,9	16 16,8	
g) aus beruflichen Gründen	0	8 30,8	12 46,2	1 3,8	5 19,2	
h) Erkrankung des Kindes	0	1 2,3	3 7,0	7 16,3	32 74,4	
i) Erkrankung der Mutter	0	9 10,0	40 44,4	18 20,0	23 25,6	
j) kombinierte Gründe a) + e)	1 0,8	11 9,1	51 42,1	31 25,6	27 22,3	

6.2.43
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Häufigkeit der Gewichtskontrolle des Kindes

Das Gewicht des Kindes wurde von 41,0% nach jedem Stillen kontrolliert, von 14,6% einmal täglich, von 21,9% einmal pro Woche und von 22,5% alle 2-4 Wochen (Tab.46).
Mit zunehmender Häufigkeit der Gewichtskontrolle trifft man auf einen größer werdenden Anteil überhaupt und längere Zeit Stillender (A)(Kreuztab.73).

Kinder, deren Gewicht häufig kontrolliert wurde, entstammen eher geplanten Schwangerschaften. Bei vergleichsweise seltener Gewichtskontrolle zeigt sich kein wesentlicher Unterschied im Planungsgrad der Schwangerschaft (A)(Kreuztab.74).

Tab.46
Häufigkeit der Gewichtskontrolle

Häufigkeit der Gewichtskontrolle	Anzahl	%
nach jedem Stillen	359	41,0
jeden Tag	128	14,6
einmal pro Woche	192	21,9
alle 2 - 4 Wochen	197	22,5
ohne Angabe	132	
Total	1008	100,0

Kreuztab.73
Häufigkeit der Gewichtskontrolle/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
nach jedem Stillen	7 2,0	70 19,6	217 60,6	54 15,1	10 2,8	Anzahl %
jeden Tag	2 1,6	15 11,9	64 50,8	17 13,5	28 22,2	
einmal pro Woche	3 1,6	24 12,7	69 36,5	34 18,0	59 31,2	
alle 2 - 4 Wochen	2 1,0	14 7,2	59 30,3	36 18,5	84 43,1	

Kreuztab.74
Häufigkeit der Gewichtskontrolle/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
nach jedem Stillen	213 60,3	131 37,1	9 2,5	Anzahl %
jeden Tag	70 55,6	52 41,3	4 3,2	
einmal pro Woche	93 48,7	92 48,2	6 3,1	
alle 2 - 4 Wochen	99 51,0	88 45,4	7 3,6	

6.2.44

Häufigkeitsverteilung und boebachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Prinzip der Nahrungsverabreichung

Das Prinzip der Nahrungsverabreichung (zwischen Stillen und Flaschegeben differenzierte die Frage nicht) bestand für 60,3% im Nahrungsangebot zu festgesetzten Zeiten (schedule feeding); 35,7% fütterten (stillten) ihr Kind immer dann, wenn es Hunger hatte (self-demand-feeding) und 4,0% praktizierten eine Mischung beider Möglichkeiten (Tab.47).
Je mehr die Fütterung des Kindes dem Eigen-Regulativ (nach Bedarf) und nicht dem Fremd-Regulativ (zu festen Zeiten) folgt, umso eher beobachtet man lange Stillzeiten,und die Zahl der überhaupt Stillenden ist größer (A)(Kreuztab.75).

Tab.47
Prinzip der Nahrungsverabreichung

Prinzip der Nahrungsverabreichung	Anzahl	%
a) zu festgesetzten Zeiten	598	60,3
b) nach Bedarf des Kindes	354	35,7
c) Kombination der Verfahren a) + b)	40	4,0
ohne Angabe	16	
Total	1008	100,0

Kreuztab.75
Prinzip der Nahrungsverabreichung/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
a) zu festgesetzten Zeiten	3	61	243	114	169	Anzahl
	0,5	10,3	41,2	19,3	28,6	%
b) nach Bedarf des Kindes	11	64	154	48	74	
	3,1	18,2	43,9	13,7	21,1	
c) Kombination der Verfahren a) + b)	1	5	18	3	12	
	2,6	12,8	46,2	7,7	30,8	

6.2.45
Häufigkeitsverteilung des Faktors: Durchschnittlich aufgewendete Zeit pro Stillakt

Der durchschnittliche zeitliche Aufwand, den das Stillen beanspruchte, lag in 63,1% zwischen 10 - 20 Min.
Weniger Zeit brauchten oder nahmen sich 8,1%.
20 - 40 Min. wandten 26,7% auf; 2,1% stillten länger als 40 Min. (Tab.48).

Tab.48
Durchschnittlich aufgewendete Zeit pro Stillakt

Zeit pro Stillakt	Anzahl	%
weniger als 10 Min.	63	8,1
10 - 20 Min.	489	63,1
20 - 40 Min.	207	26,7
länger als 40 Min.	16	2,1
ohne Angabe	233	
Total	1008	100,0

6.2.46
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Ansichten der Befragten zum Zusammenhang Stillen/seelische Entwicklung

Stillen fördert die Mutter-Kind-Beziehung und die körperliche und seelische Entwicklung des Kindes - eher als Flaschegeben -, halten 88,4% für zutreffend.
Für 4,8% steht nicht die seelische Entwicklung sondern die stetige Gewichtszunahme des Kindes im Vordergrund.
Keinen Einfluß des Stillens für die seelische Entwicklung ihres Kindes, da sich ein Seelenleben erst mit zunehmendem Alter

entwickeln würde, sehen 6,8% (Tab.49) (+)

(+) Anmerkung 8: Die in Tab.49 wiedergegebenen Ansichten entsprechen sinngemäß den multiple-choice-Fragen. Das wortwörtliche Original siehe im Untersuchungsbogen.

Die Ansicht einer Förderung der seelischen Entwicklung des Kindes durch Stillen ist eindeutig mit häufigerem und längerem Stillen verbunden (A)(Kreuztab.76).
Wird dagegen die Meinung vertreten, daß ein Zusammenhang zwischen Stillen und seelischer Entwicklung des Kindes nicht wichtig sei oder gar nicht bestünde, was mit absteigender sozialer Schicht immer häufiger wird (A)(Kreuztab.77), so äußert sich dies vergleichsweise in einer deutlichen Abnahme der Stillhäufigkeit und -dauer.

Tab.49
Ansichten der Befragten zum Zusammenhang Stillen/seelische Entwicklung

Stillen/seelische Entwicklung	Anzahl	%
kein Zusammenhang	66	6,8
möglicher Zusammenhang nicht wichtig	47	4,8
Förderung durch Stillen	861	88,4
ohne Angabe	34	
Total	1008	100,0

Kreuztab.76
Ansichten der Befragten zum Zusammenhang Stillen - seelische Entwicklung/Stilldauer

Stillen/seelische Entwicklung:	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
kein Zusammenhang	0	1 1,5	16 24,2	15 22,7	34 51,5	Anzahl %
möglicher Zusammenhang nicht wichtig	0	1 2,1	11 23,4	12 25,5	23 48,9	
Förderung durch Stillen	15 1,8	126 14,8	385 45,3	134 15,8	190 22,4	

Kreuztab.77
Ansichten der Befragten zum Zusammenhang Stillen - seelische Entwicklung/Schichtzugehörigkeit

Stillen/seelische Entwicklung:	untere Unterschicht	obere Unterschicht	untere Mittelschicht	mittlere Mittelschicht	obere Mittelschicht	Oberschicht	
kein Zusammenhang	12 18,2	22 33,3	14 21,2	9 13,6	0	3 4,5	Anzahl % (+)
möglicher Zusammenhang nicht wichtig	11 23,4	11 23,4	12 25,5	5 10,6	1 2,1	3 6,4	
Förderung durch Stillen	64 7,4	116 13,5	223 25,9	216 25,1	85 9,9	106 12,3	

(+) Die Differenzen zu 100,0% entsprechen den Fällen, die keiner Schicht zugeordnet werden konnten.

6.2.47
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Reaktives Verhalten auf kindliches Schreien

Fast die Hälfte der befragten Mütter (49,0%) reagiert auf das Schreien ihres Kindes sofort und solange mit irgendwelchen Maßnahmen, bis es sich wieder beruhigt hat.
19,1% lassen ihr Kind dann schreien, wenn sie wissen, daß Hunger nicht die Ursache sein kann.
Hatten Beruhigungsversuche keinen Erfolg, so lassen 25,0% ihr Kind weiterschreien; 6,5% greifen erst ein, nachdem das Geschrei für sie unerträglich geworden ist; 0,4% lassen ihr Kind schreien,bis es von selbst aufhört (Tab.50).

Mit abnehmender Spontaneität und Adäquanz der Reaktion auf das Schreien des Kindes beobachtet man die Tendenz, daß die Zahl der überhaupt und der längere Zeit Stillenden kleiner wird (C)(Kreuztab.78).
Erst wenn das Schreien des Kindes unerträglich wurde, Beruhigungsversuche einzuleiten, ist bei Kindern unerwarteter Schwangerschaften häufiger anzutreffen als bei geplanten; in den Fällen, wo sofort alles zur Beruhigung unternommen wird,

liegen die Verhältnisse der Schwangerschaftsplanung genau umgekehrt (B)(Kreuztab.79).

Tab.50
Reaktives Verhalten auf kindliches Schreien

Reaktion auf kindliches Schreien	Anzahl	%
sofortige Einleitung von Beruhigungsmaßnahmen	472	49,0
kein Einschreiten, wenn Schreien nicht hungerbedingt	184	19,1
schreien lassen nach erfolglosen Beruhigungsversuchen	241	25,0
schreien lassen, bis Kind von selbst aufhört	4	0,4
Beruhigungsversuche, wenn Schreien unerträglich wird	63	6,5
ohne Angabe	44	
Total	1008	100,0

Kreuztab.78
Reaktives Verhalten auf kindliches Schreien/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
sofortige Einleitung von Beruhigungsmaßnahmen	10 2,1	72 15,4	194 41,5	77 16,5	115 24,6	Anzahl %
kein Einschreiten, wenn Schreien nicht hungerbedingt	2 1,1	22 12,2	80 44,4	29 16,1	47 26,1	
schreien lassen nach erfolglosen Beruhigungsversuchen	1 0,4	27 11,3	105 43,8	40 16,7	67 27,9	
schreien lassen, bis Kind von selbst aufhört	0	0	1 25,0	1 25,0	2 50,0	
Beruhigungsversuche, wenn Schreien unerträglich wird	0	7 11,5	26 42,6	10 16,4	18 29,5	

Kreuztab.79
Reaktives Verhalten auf kindliches Schreien/Schwangerschaftsplanung

	Schwangerschaft geplant	unerwartet	unerwünscht	
sofortige Einleitung von Beruhigungsmaßnahmen	268 57,6	186 40,0	11 2,4	Anzahl %
kein Einschreiten, wenn Schreien nicht hungerbedingt	98 54,1	76 42,0	7 3,9	
schreien lassen nach erfolglosen Beruhigungsversuchen	138 58,5	92 39,0	6 2,5	
schreien lassen, bis Kind von selbst aufhört	3 75,0	1 25,0	0	
Beruhigungsversuche, wenn Schreien unerträglich wird	26 41,9	33 53,2	3 4,8	

6.2.48
Häufigkeitsverteilung des Faktors: Bevorzugte Person, mit der die Befragten Probleme, die sich mit dem Kind ergeben, erörtern

Wenn sich mit ihrem Kind Probleme ergeben, bevorzugen für eine Besprechung 69,8% ihren Ehemann.
Die eigene Mutter wird in 19,3% vorzugsweise konsultiert.
Die Hinzuziehung der Schwiegermutter ist zahlenmäßig ebenso bedeutungslos wie die von Bekannten (Tab.51).

Tab.51
Bevorzugte Person, mit der die Befragten Probleme, die sich mit dem Kind ergeben, erörtern

Bevorzugte Person	Anzahl	%
a) eigene Mutter	191	19,3
b) Schwiegermutter	16	1,6
c) Bekannte	30	3,0
d) Ehemann	691	69,8
e) Kombination c) + d)	62	6,3
ohne Angabe	18	
Total	1008	100,0

6.2.49

Häufigkeitsverteilung des Faktors: In wichtigen Familienangelegenheiten Entscheidungen treffender Partner

Die Frage, welcher (Ehe)-Partner wichtige familiäre Angelegenheiten entscheidet, welcher Partner also eine Führungsrolle übernommen hat oder glaubt übernommen zu haben, beantworten 82,9% im Sinne gemeinschaftlich getroffener Entscheidungen. 7,7% behaupten, daß beide Partner abwechselnd entscheiden. In 5,9% trifft der weibliche Part, in 3,6% der männliche Part allein solche Entscheidungen (Tab.52).
In den Fällen, wo hauptsächlich die Frauen allein Entscheidungen treffen, handelt es sich meist um ledige oder geschiedene Mütter (Kreuztab.80).

Tab.52
In wichtigen Familienangelegenheiten Entscheidungen treffender Partner

Entscheidungen treffender Partner	Anzahl	%
vorwiegend (Ehe)-Mann	35	3,6
beide Partner gemeinsam	807	82,9
beide Partner abwechselnd	75	7,7
vorwiegend (Ehe)-Frau	57	5,9
ohne Angabe	34	
Total	1008	100,0

Kreuztab.80
In wichtigen Familienangelegenheiten Entscheidungen treffender Partner/Familienstand

Entscheidungen treffender Partner:	Familienstand verheiratet	ledig	geschieden	
vorwiegend (Ehe)-Frau	13	30	13	Anzahl
	23,2	53,6	23,2	%

6.2.50
Häufigkeitsverteilung und beobachtete Beziehung zur Stillhäufigkeit und Stilldauer des Faktors: Charakter der Partnerbeziehung

Für die Charakterisierung ihrer Partnerbeziehung wählten 44,3% die vorgegebene Formulierung: sehr harmonisch; 49,1% wählten: weitgehend harmonisch.
4,2% geben zu, häufig Streit zu haben, ohne dabei Scheidung oder Trennung zu beabsichtigen, während 2,4% der befragten Frauen angeben, daß sie schon ernsthaft an Scheidung gedacht haben (Tab.53).

Gegenüber den harmonisch und sehr harmonisch geführten Ehen scheint bei häufigem ehelichen Streit der Anteil längere Zeit Stillender kleiner und der Anteil gar nicht Stillender größer zu sein (D).
Daß bei zerrüttet charakterisierter Ehe lange Stillzeiten vergleichsweise wieder häufiger genannt werden, ist ein interessantes - möglicherweise aber nur durch kleine Fallzahl bedingtes - Phänomen (D)(Kreuztab.81).

Tab.53
Charakter der Partnerbeziehung

Charakter der Partnerbeziehung	Anzahl	%
sehr harmonische Beziehung	412	44,3
weitgehend harmonische Beziehung	457	49,1
häufig Streit	39	4,2
erheblich beeinträchtigte Beziehung (Scheidungsgedanken)	22	2,4
ohne Angabe	78	
Total	1008	100,0

Kreuztab.81
Charakter der Partnerbeziehung/Stilldauer

	sehr lang Still	lang Still	kurz Still	Klinik Still	nicht Still	
sehr harmonische Beziehung	6 1,5	58 14,3	168 41,5	71 17,5	102 25,2	Anzahl %
weitgehend harmonische Beziehung	6 1,3	58 12,9	193 42,9	72 16,0	121 26,9	
häufig Streit	0	3 7,7	18 46,2	6 15,4	12 30,8	
erheblich beeinträchtigte Beziehung (Scheidungsgedanken)	1 4,8	4 19,0	7 33,3	3 14,3	6 28,6	

6.3
Übersicht der von den Befragten zum Thema des Untersuchungsbogens selbstformulierten Kommentare

Am Ende des Untersuchungsbogens konnten Probleme und Fragestellungen, die thematisch dem Stillen möglichst nahe stehen sollten, eigenständig formuliert werden.
Auf diese Möglichkeit wurde ausdrücklich hingewiesen, ihr Gebrauch selbstverständlich freigestellt.
413 Mütter (40,9%) nutzten diese Gelegenheit in unterschiedlichstem Umfang.
Die Durchsicht der Kommentierungen zeigte, daß diverse Probleme angesprochen wurden. Sie alle wiederzugeben, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen; es erschien daher sinnvoll, das Gewicht der Auswertung dieser Kommentare nach Quantität der Nennung vorzunehmen.

Allein 178mal wurde eine Begründung für unterlassenes oder

kurzzeitiges Stillen aufgeführt.
Der Untersuchungsbogen an und für sich mag diese Häufigkeit induziert haben, denn - so formulierte es eine Mutter - " die Fragen weckten Schuldgefühle."
Nicht gespart wurde mit Kritik am Verhalten des Klinikpersonals (Ärzte und Schwestern): Unfreundlich, ungeduldig, unzureichende Anleitung beim Stillen, Abpumpen, Brustpflege; oder an Klinikbedingungen überhaupt: Schwesternmangel, unzureichende räumliche oder hygienische Einrichtungen, zu wenig Zeit zum Stillen; 101 Frauen äußerten sich zu diesem Themenkomplex.

Die Wichtigkeit des Stillens oder zumindest der Ernährung mit Muttermilch für die körperliche und/oder seelische Entwicklung des Kindes und auch für das Wohlbefinden der Mutter betonten 39 Frauen, während 32 der künstlichen Ernährung den Vorzug gaben, da sie z.B. Muttermilch für durch Umweltgifte verseucht halten oder da die Flasche im Gegensatz zur Brust auch von anderen Personen (Ehemann, Freund) gereicht werden könne oder da Stillen mit "Sex" nicht vereinbar sei oder weil sie Stillen rundweg ablehnen.

Die in der Schwangerenberatung/-gymnastik tätigen medizinischen Kräfte wurden 30mal für Unterlassungssünden getadelt und nur 3mal gelobt.

Den Untersuchungsbogen selbst hielten 21 Frauen für unzulänglich (oberflächlich oder zu wenig alternativ); 5 Frauen wollten unbedingt das Ergebnis der Untersuchung mitgeteilt bekommen.

Weiterhin wurden mindestens 60 verschiedene Probleme - einzeln oder auch mehrmals - angeschnitten.

6.4

Ergebnisse der Faktorenanalyse (+)

(+) Anmerkung 8: Innerhalb des multivariaten Verfahrens Faktorenanalyse steht der Begriff Faktor für eine Interkorrelation zwischen mehreren Variablen.
In den übrigen Abschnitten dieser Untersuchung wird dagegen der Begriff Faktor synonym mit dem Begriff Variable verwandt.

(Für die folgenden Faktoren der Analyse ist die Faktorenladung größer als 0,3).

6.4.1 Faktor: "Stilldauer-Einflüsse"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Stillhäufigkeit und -dauer;
Häufigkeit des Anlegens in der Klinik;
Ausreichende Zeitdauer pro Anlegen;
Gefühlserlebnisse beim Stillen;
Häufigkeit der Gewichtskontrolle;

Interpretation:

Häufigkeit und ausreichende Zeitdauer des Anlegens in der Klinik einerseits, die mit dem Stillen verbundene emotionelle Erfahrung andererseits, zeigen Einfluß auf die Stilldauer. Zunehmender Häufigkeit der Gewichtskontrolle gehen längere Stillzeiten parallel.

6.4.2 Faktor: "Kindes-Betreuung"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Versorgung des Kindes nach Ablauf des Mutterschutzes;
Berufstätigkeit vor und nach Entbindung;

Interpretation:

Bei Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit postpartal erfolgt die

Betreuung des Kindes nicht mehr allein oder kaum noch durch die Mutter.

6.4.3 Faktor: "Klinische Stillbedingungen"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Verhalten des Klinikpersonals;
Hilfe beim Stillen und Abpumpen;
Ausreichende Zeitdauer pro Anlegen;

Interpretation:

Bei verständnisvollem Verhalten des Klinikpersonals wird gleichzeitig die erfahrene Unterstützung und die zum Stillen zur Verfügung stehende Zeit positiv eingestuft.

6.4.4 Faktor: "Mutter-Kind-Erstkontakt"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Erstsicht des Kindes;
Art der Geburt;
Verlauf der Geburt;

Interpretation:

Die leicht empfundene Spontangeburt hat in der Regel einen sofortigen, aber kurzen Kontakt zwischen Mutter und Kind zur Folge.

6.4.5 Faktor: "Elternverhalten"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Schichtzugehörigkeit;
Alter der Eltern;
Schwangerschaftsplanung;
Geburtsvorbereitungen;

Interpretation:

Mit aufsteigender sozialer Schichtzugehörigkeit ist bei einem Alter der Eltern zwischen 25 - 35 Jahren eine Schwangerschaft meist geplant, und die Geburtsvorbereitungen sind in-

tensiver.

6.4.6 Faktor: "Schwangerschaftsmailessen"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Schichtzugehörigkeit;
Schwangerschaftsbeschwerden;
Beeinträchtigung der Figur durch Schwangerschaft;

Interpretation:

Schwangerschaftsbeschwerden und eine mögliche Beeinträchtigung der Figur durch die Schwangerschaftsveränderungen am mütterlichen Organismus werden mit aufsteigender Schichtzugehörigkeit seltener angegeben oder empfunden.

6.4.7 Faktor: "Geburtsvorbereitungs-Intensität"

Negative Korrelation folgender Variablen:

Anzahl der Kinder;
Geburtsvorbereitungen;

Interpretation:

Das Vorhandensein eines oder mehrerer Kinder führt bei erneuter Schwangerschaft zu einer geringeren Intensität von Geburtsvorbereitungen.

6.4.8 Faktor: "Mutter-Kind-Beziehung"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Schichtzugehörigkeit;
Geburtsvorbereitungen;
Bewertung künstliche/natürliche Ernährung;
Zusammenhang Stillen/seelische Entwicklung;

Interpretation:

Die Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten ist verbunden mit einem Mehr an geburtsvorbereitenden Maßnahmen, der Höherbewertung des Stillens gegenüber künstlicher Nahrung und der An-

sicht, daß durch Stillen die psychosoziale Entwicklung des Kindes gefördert wird.

6.4.9 Faktor: "Schwangerschaftsverarbeitung"

Positive Korrelation folgender Variablen:

Schwangerschaftserlebnis;
Reaktion der Mutter auf ersten Anblick des Kindes;
Einstellung zum Rooming-in;

Interpretation:

Auf die angenehm oder beglückend erlebte Schwangerschaft folgt die gleiche emotionelle Reaktion der Entbindenden beim ersten Anblick ihres Kindes, verbunden mit dem Wunsch, ihr Kind weiterhin nahe bei sich zu haben, d.h. indem sie Rooming-in bejaht.

7.0 Diskussion

Ein Vergleich der im Vordergrund dieser Untersuchung stehenden Ergebnisse der Stillhäufigkeit und Stilldauer mit den Ergebnissen thematisch ähnlicher Untersuchungen bedarf der einschränkenden Berücksichtigung, daß die miteinander verglichenen Untersuchungen sich mindestens in folgenden Kriterien unterscheiden:

1. Zeitpunkt der Erstellung der Untersuchung
2. Fallzahl
3. Methodik
4. Vornahme einer Signifikanz-Prüfung
5. Soziokulturelles Umfeld

Eine direkte Gegenüberstellung der Untersuchungsergebnisse von S c h r e i b e r (63) und H ü t e r (28) mit den Ergebnissen der vorgelegten Untersuchung zeigt Tab.54:

Tab.54
Gegenüberstellung der Ergebnisse dreier Untersuchungen zur Stillhäufigkeit und Stilldauer (Angaben in % der Untersuchten; die Differenzen zu 100,0% entsprechen denjenigen, die nur wenige Tage gestillt haben)

Untersucher	Schreiber	Hüter	Goldstein
Jahr	1957-60	ca.1967	1973-75
Stilldauer			
gar nicht	11,0	21,0	26,1
2-4 Wochen	22,5	17,2	26,0
4-8 Wochen	21,5	25,3	16,4
2-3 Monate	14,5	14,2	9,1
4-6 Monate	24,0	12,7	4,1
länger	3,0	2,4	1,5

Die Ergebnisse sind - unter Berücksichtigung der eingangs erwähnten Einschränkungen der Vergleichbarkeit - bedingt geeig-

net, eine Tendenz im Stillverhalten in der BRD und West-Berlin für die zurückliegenden 15 - 20 Jahre aufzuzeigen: Die vorliegenden Prozentzahlen sprechen für eine (weitere) Abnahme sowohl der Stillhäufigkeit als auch der Stilldauer.

S a l m o n et al. (57) geben für 1.753 untersuchte Säuglinge der Jahre 1963-66 in Dallas, Texas (USA) eine Stillhäufigkeit an, die zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Entbindungsklinik 26,2% betrug. Nach einem Monat wurden noch 17,6%, nach 2 Monaten 12,3% und länger als 5 Monate 5,9% gestillt.

S l o p e r et M c K e a n (65) berichten nach einer Untersuchung an 435 Patientinnen einer Oxforder Entbindungsklinik (Großbritannien, 1972/73), daß die Stillhäufigkeit 27,0% betrug. Nach 2 Monaten stillten weniger als 15,0%.

B a c o n et W y l i e (3) kamen durch Befragung von 2oo Müttern am Newcastle General Hospital (Großbritannien, 1975) zu folgenden Ergebnissen: Die initiale Stillhäufigkeit betrug 39,0%, zum Zeitpunkt der Klinikentlassung 32,5%. Nach einem Monat stillten noch 12,5%, und 6,0% stillten 3 Monate.

Die Stillhäufigkeit scheint - überblickt man die zurückliegenden 10 Jahre - sowohl in den USA als auch in Großbritannien geringer zu sein als in der BRD (Tab.54) oder beispielsweise in Schweden (B e r g f o r s, 6).

Die in vielen Ländern - einschließlich der sogenannten Entwicklungsländer - gemachte Beobachtung einer progredienten Abnahme der Stillhäufigkeit und Stilldauer scheint ein weiterhin anhaltendes Phänomen zu sein (H i r s c h m a n n et S w e e t, USA, 24; M e y e r, USA, 40; M i t s u y a m a, Japan, 41; K ö l b l, Östereich, 34; T h o m s o n et B l a c k, W.H.O., 71; E c k a r d t, BRD, 15).

8.0 Zusammenfassung

An West-Berliner Mütter (Primi- und Multiparae) wurden - im Jahre 1974 beginnend - über die Säuglingsfürsorgestellen der einzelnen Berliner Bezirke knapp 2.000 Fragebogen verteilt, mit dem Ziel die Stillhäufigkeit und Stilldauer und darauf einflußnehmende Faktoren aus dem psychosozialen Bereich zu ermitteln.

Von den zurückgesandten Untersuchungsbögen wurden 1.008 ausgewertet (EDV - SPSS).(Erfaßter Zeitraum: ca. 1973 - 1975).

Die Untersuchung und ihre Ergebnisse sind als Basis für eine Folgeuntersuchung vorgesehen, die zum Ziel hat, psychische und somatische Entwicklungsdifferenzen gestillter und nicht gestillter Kinder aufzuzeigen (oder auszuschließen).
Dieses langfristige Ziel geht von der Hypothese aus, daß Brststillen einerseits die psychosoziale und damit auch somatische Entwicklung des gestillten Kindes gegenüber dem nicht gestillten begünstigt und andererseits die Stillende eine intensivere Beziehung zu ihrem Kind entwickelt als die Nicht-Stillende.

Die Auswertung der Untersuchung erbrachte folgende Ergebnisse:

Stillhäufigkeit:

Von den befragten Müttern haben 26,1% überhaupt nicht gestillt, die Stillhäufigkeit betrug 73,9%

Stilldauer:

Einige Tage (Klinikaufenthalt) stillten 16,7%.
2 - 4 Wochen stillten 26,1%.
4 - 8 Wochen stillten 16,4%
2 - 3 Monate stillten 9,1%
4 - 6 Monate stillten 4,1%
Länger als 6 Monate stillten 1,5%.

Setzt man die Stilldauer von einigen Tagen dem Nicht-Stillen gleich, erhöht sich der Anteil der nicht Stillenden auf 42,8%. (Stillhäufigkeit zum Zeitpunkt der Klinikentlassung: 57,2%).

Die alte und inzwischen von pädiatrischer Seite erneuerte Forderung mindestens 6 Monate - nach Möglichkeit voll - zu stillen (Spring Session der American Academy of Pediatrics, New Orleans, 1977)(68), wird von den in dieser Untersuchung erfaßten Müttern bestenfalls von 5,0% (!) erfüllt.

In der folgenden Übersicht sind die psychosozialen Faktoren (=Variablen) zusammengefaßt, bei denen eine s t a t i s t i s c h r e l e v a n t e Beziehung zur Stillhäufigkeit und/oder Stilldauer beobachtet werden konnte.
(Signifikanznachweis: Chi-Square-Test; siehe 5.3)

8.1 Faktoren mit verstärkender Wirkung auf Stillhäufigkeit u n d Stilldauer

8.1.1 Aufsteigende soziale Schicht (A)
8.1.2 Inanspruchnahme gesetzlich gewährleisteter Stillzeiten (A)
8.1.3 Intensität der Vorbereitungen auf Geburt und Kind (A)
8.1.4 Anwesenheit des Ehemannes bei der Entbindung (A)
8.1.5 Sofortiger und längerer Kontakt zwischen Mutter und Kind direkt nach Entbindung (A)
8.1.6 Betonung der größeren Qualität der natürlichen Ernährung (A)
8.1.7 Positive Einstellung des Ehemannes zum Stillen (A)
8.1.8 Nahrungsverabreichung nach der Self-demand-feeding -Methode (A)
8.1.9 Ansicht, daß die seelische Entwicklung des Kindes durch Stillen gefördert wird (A)
8.1.10 Positives Schwangerschaftserlebnis (B)
8.1.11 Spontane Entbindung (B)
8.1.12 Positive Einstellung der Mutter der Entbindenden zum Stillen (B)

8.1.13 Kenntnis von eigener Mutter gestillt worden zu sein (B)

8.2 Faktoren mit verstärkender Wirkung a l l e i n auf die Stilldauer

8.2.1 Positives Stillerlebnis (A)
8.2.2 Ansicht der Abhängigkeit der Muttermilchproduktion von überwiegend psychischen Prozessen (A)
8.2.3 Berufstätigkeit vor und nach (!) Entbindung (B)
8.2.4 Ausreichende Zeit zum Stillen in der Klinik (B)

8.3 Faktoren ohne verstärkende oder abschwächende Wirkung a l l e i n auf die Stilldauer

8.3.1 Gleichgültiges oder ungeduldiges Verhalten des medizinischen Personals der Entbindungsklinik (A)

8.4 Faktoren mit abschwächender Wirkung auf die Stillhäufigkeit u n d Stilldauer

8.4.1 Beeinträchtigung der Figur durch die Schwangerschaft (A)
8.4.2 Schwer empfundener Geburtsverlauf (A)
8.4.3 Enttäuschung über Aussehen oder Geschlecht des Kindes (B)

8.5 Faktoren mit abschwächender Wirkung a l l e i n auf die Stillhäufigkeit

8.5.1 Gleichgültiges oder ungeduldiges Verhalten des medizinischen Personals der Entbindungsklinik (A)
8.5.2 Zunehmende Ehedauer der Befragten (B)

9.0 Literaturverzeichnis

1. Ainsworth, M.D.S.
Infancy in Uganda
Hopkins Baltimore 1967

2. Arthurton, M.W./Bamford, F.N.
Discharge of maternity patients
Brit.Med.J. 3 : 517 (1967)

3. Bacon, L.J./Wylie, J.M.
Mothers attitudes to infant feeding at Newcastle General Hospital in summer 1975
Brit.Med.J. 1/6005 : 308-309 (1976)

4. Barnett, C.R./Leidenmann, P.H./Grobstein, R./Marschall,K.
Neonatal separation: The maternal side of interactional deprivation
Pediatrics 45 : 197-205 (1970)

5. Bailey, K.V.
Malnutrition in the world today
W.H.O. Genf 1971

6. Bergfors, P.G.
Breast feeding in a northern swedish municipality
Lakartidningen 70/4 : 290-293 (1973)

7. Broad, F.E.
The effects of infant feeding on speech quality
The New Zealand Mecical Journal 76/482 : 28-31 (1972)

8. Campbell, B./Peterson, W.E.
Milk let-down and orgasm in human female
Human Biol. 25 : 165-168 (1953)

9. Ciba Foundation Symposium 33
Parent infant interaction
Ass. Scient. Publ. Amsterdam 1975

10. Czerny, A.D./Keller, A.
Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie
Franz Deuticke Berlin 1925

11. Diepgen, P.
Frau und Frauenheilkunde in der Kultur des Mittelalters
Georg Thieme

12. Diepgen, P.
Die Frauenheilkunde der Alten Welt
Bergmann Berlin 1937

13. Diepgen, P.
Geschichte der Medizin
Georg Thieme 1951

14. Earson, W.M.
The earliest ego development, primitive memory traces, and the Isakower-Phenomen
The Psychoanalytic Quarterly 42 : 60-72 (1973)

15. Eckardt, F.
Über Stillprobleme
Med. Welt 1759-1763 (1962)

16. Erikson, E.H.
Kindheit und Gesellschaft Stanford 1963
Ernst Klett 1974

17. Faust, B.C.
Gesundheitskatechismus zum Gebrauche in den Schulen und beim häuslichen Unterricht
Leipzig 1802

18. Feldweg, P.
Das Stillen in der Klinik
Dtsch.Med.Wschr. 968-970 (1940)

19. Formufod, A.K. et al.
Mother-child separation at birth: A contributing factor in child abuse
The Lancet 7934 II 549-550 (1975)

20. Garma, A.
Vicissitudes of the dream screen and the Isakower-Phenomen
The Psychoanalytic Quarterly 369-382 (1955)

21. Geiger, A.K.
Anfänge der Entwicklung des Psychikums
Acta Paediatrica Academiae Scientarium Hungaricae
14 : 265-289 (1973)

22. Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter vom 18.4.68
BGBl.I S.315
und
Mutterschutz und Frauenarbeitsrecht
(Kommentar von G.A. Buller)

23. Greenberg, M./Rosenberg, J./Lind, J.
First mothers rooming-in with their newborns: Its impact upon the mother
American Journal of Orthopsychiatry 43 : 783-788 (197

24. Hirschmann, Ch./Sweet, J.A.
Social background and breast feeding among american mothers
Social Biology (Chicago) 21 : 39-57 (1974)

25. Höchstetter, W.K.
Die psychoanalytischen Grundlagen der Erziehung
Werner Raith München 1970

26. Hoefer, C./Hardy, M.C.
Later development of breast fed and artificially fed infants
Journal of the American Medical Association
96 : 615-619 (1929)

27. Hughes, R.N./Hawkins, A.B.
EPI and IPAT anxiety scale performanance in young women as related to breast feeding during infancy
Univ. Canterbury, New Zealand 1975
Journal of Clinical Psychology

28. Hüter, K.A.
Stillprobleme aus der Sicht des Geburtshelfers
III. Symposium zwischen Gynäkologen und Pädiatern
30.4. und 1.5.1967

29. Illingworth, R.S./Stone, D.G.H.
Self demand feeding in a maternity unit
The Lancet 1 : 683 (1952)

30. Isakower, O.
A contribution to the patho-psychology of phenomena associated with falling asleep
Int. J. Psy. 19 : 331-345 (1938)

31. Jackson, E./Wilkin, L./Auerbach, H.
Statistical report on incidence and duration of breast feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors
Pediatrics 17 : 700 (1956)

32. Kinsey, A.B./Pomoroy, W.B./Martin, C.E./Gebhard, P.H.
Sexual behavior in the human female: By staff of Institute for Sex Research, Indiana University
Saunders Philadelphia 1953

33. Klaus, M.H./Kennell, J.H./Plumb, N./Zuehlke, S.
Human maternal behavior at the first contact with her young
Pediatrics 46 : 187-192 (1970)

34. Kölbl, H.
Neuzeitliche Schwangeren-, Mütterberatung und Säuglingsfürsorge
Wiener Klinische Wochenschrift Suppl.11 (1973)

35. Krieg, H./Cretius, K.
Erfahrungen mit der gemeinsamen Unterbringung von Müttern und Neugeborenen auf der Wochenstation
III. Symposium zwischen Gynäkologen und Pädiatern
30.4. und 1.5.1967

36. Lind, J.
Die Geburt der Familie in der Frauenklinik
Med. Klinik 68 : 1597-1601 (1973)

37. Masters, W.H.
Sexual response cycle of human female
West. J. Surg. 68 : 57-75 (1960)

38. Masters, W.H./Johnson, V.E.
Human sexual response
Little, Brown Boston 1966

39. McBryde, A.
Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke Hospital
J. Amer. med. Ass. 145 : 625 (1951)

40. Meyer, H.F.
Breast feeding in the United States: Extent and possible trend
Pediatrics 22 : 116-121 (1958)

41. Mitsuyama, K.
Maternal attitudes to care of the child in an overcrowded district in Tokyo (Japanese)
J. Tokyo Wom. Med. Coll. 43/4 : 255-275 (1973)

42. Mobbs, E.J.
Breast feeding, rooming-in, demand feeding and houses of correction
Medical Journal of Australia 2 : 339-341 (1973)

43. Moir, C.
Recording the contractions of human pregnant and nonpregnant uterus
Tr. Edinburgh Obst. Soc. 54 : 93-120 (1934)

44. Montagu, A.
Körperkontakt Princetown 1971
Ernst Klett

45. Müller-Braunschweig, H.
Die Wirkung der frühen Erfahrung: Das erste Lebensjahr und seine Bedeutung für die psychische Entwicklung
Ernst Klett Stuttgart 1975

46. Newson, L.J./Newson, E.
Breast feeding in decline
Brit. Med. J. 2 : 1744 (1962)

47. Newton, N./Newton, M.
Medical progress: Psychological aspects of lactation
New England Journal of Medicine 277 : 1179-1188 (1967)

48. Newton, N.
Influence of let-down reflex in breast feeding on mother-child relationship
Marriage and Family Living 20 : 18-20 (1958)

49. Newton, N.
Maternal emotions: A study of women`s feelings toward menstruation, pregnancy, childbirth, breast feeding, infant care and other aspects of their femininity
Hoeber New York 1955

50. Newton, N.
The family book of child care
Harper and Row 1957

51. Newton, N./Peeler, D./Rawlins, C.
Effect of lactation on maternal behavior in mice with comparative data on humans
J. reprod. Med. 1 : 257 (1968)

52. Pistor, M.
Deutsches Gesundheitswesen
Berlin 1890

53. Pottenger, F.M./Krohn, B.
Influence of breast feeding on facial development
Archieves of Pediatrics 67 : 454-461 (1950)

54. Renggli, F.
Angst und Geborgenheit
Rowohlt 1973

55. Rosenblatt, S.
Determinants of infant behavior
B.M. Foss Vol.III Mathuen
London 1963

56. Rubin, R.
Maternal touch
Child and Family 4 : 8-10 (1965)

57. Salmon, R./Halpern, PhD./et al.
Factors influencing breast feeding
Southern Medical Journal 65 : 100-102 (1972)

58. Sears, R.R./Maccoby, E.E./Levin, H.
Patterns of child rearing
Row, Peterson Evanston 1957

59. Schaffer, H.R./Emerson, P.E.
The development of social attachments in infancy
Monographs of the Society for Research in Child Development 29/3 Serial No 94 (1964)

60. Scheuch, E.K./Daheim, H.
Soziale Schichtung und soziale Mobilität
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
Sonderheft 5 : 65-104 (1965)

61. Schlieben, E.
Mutterschaft und Gesellschaft
Erwin Staude Stargard 1927

62. Schmidt-Rogge, C.H.
Dein Kind - Dein Partner
Paul List 1969

63. Schreiber, M.
Untersuchungen über die Häufigkeit des Stillens und die Gründe für das Abstillen
Med. Welt 6 : 299-306 (1965)

64. Senator, H./Kaminer, S.
Krankheiten und Ehe
München 1903

65. Sloper, K./McKean, L./Baum, J.D.
Factors influencing breast feeding
Archives of Desease in Childhood 50 : 165-170 (1975)

66. Sokoloff, N./Yaffe,S./Weintraub, D./Blase, B.
Effects of handling on the subsequent development of premature infants
Developmental Psychology 1 : 765-768 (1969)

67. Spitz, R.A.
Vom Säugling zum Kleinkind
Ernst Klett 1965

68. Spring Session der American Academy of Pediatrics, New Orleans, 16.-20.4.1977
Pädiater fordern ein Comeback des Stillens
Praxis-Kurier 19 : 4 (1977)

69. Statistisches Jahrbuch 1972
Statistisches Landesamt Berlin

70. Strong, R.
Rooming-in the newborn with its lying-in mother
Diplomate 21 : 301 (1949)

71. Thomson, A.M./Black, A.
Nutritional aspects of human lactation
Bulletin of the W.H.O. 52/2 : 163-177 (1975)

72. Weichert, C.
Breast feeding: First thoughts
Pediatrics 56/6 : 987-990 (1975)

73. Williams, C.P.S./Oliver, T.K.
Nursey routines and staphylococcal colonisation of the newborn
Pediatrics 44 : 640-646 (1969)

74. Winnicott, D.W.
Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (1965)
Kindler München 1974

75. Winnicott, D.W.
Die therapeutische Arbeit mit Kindern
Kindler München 1973

76. Yarrow, L.J.
Maternal deprivation: Toward an empirical and conceptual re-valuation
Psychological Bulletin 58 : 485 (1961)

10.0 Untersuchungsbogen

S. 135 - 144

Dieser Ihnen überreichte Fragebogen wurde in der Frauenklinik der Freien Universität Berlin ausgearbeitet.

Mit Ihrer Mitarbeit soll ermittelt werden, welche Gründe momentan dazu führen, daß Frauen ihre Kinder stillen oder es nicht tun.

Lassen Sie sich bitte durch den Umfang des Fragebogens nicht irritieren. Die Beantwortung der Fragen geht schneller vonstatten, als es der erste Eindruck erwarten läßt.

Bitte lesen Sie zuerst die ganze Frage mit ihren möglichen Antworten.
Sie können pro Frage mehrere Antworten ankreuzen - wenn diese für Sie zutreffend sind.
Bitte kreuzen Sie mit einem B l e i s t i f t die weißen Kästchen an, die zu Ihren Antworten gehören.

Ihre Anonymität bleibt in jedem Fall gewahrt, da wir selbstverständlich auch im Falle dieses Fragebogens der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie bitte in den schon mit Adresse und Porto versehenen Umschlag und senden ihn bitte an uns ab.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und Ihre Unterstützung in unserer medizinischen Tätigkeit.

Dr. Stauber/Goldstein

Frauenklinik u. Poliklinik
Charlottenburg
FREIE UNIVERSITÄT BERLIN

Angabe von
Name u. Adresse
nach Belieben

Name _____

Vorname _____

1000 Berlin ____

_____ Str. ____ Nr. ____

Beruf: _____

Alter:

bis 20
21 - 25
26 - 30
31 - 35
über 35

Familienstand:

verheiratet
ledig
geschieden
verwitwet

Dauer der Ehe:

Jahre
1 - 3
3 - 6
länger

Zahl der eigenen Geschwister:

keine
1
2
3
mehr als 3

Zahl der eigenen Kinder:

1
2
3
mehr als 3

Alter des letzten Kindes:

bis 3 Monate alt
bis 6 Monate alt
bis 9 Monate alt
älter

In welcher Klinik haben Sie Ihr letztes Kind geboren?

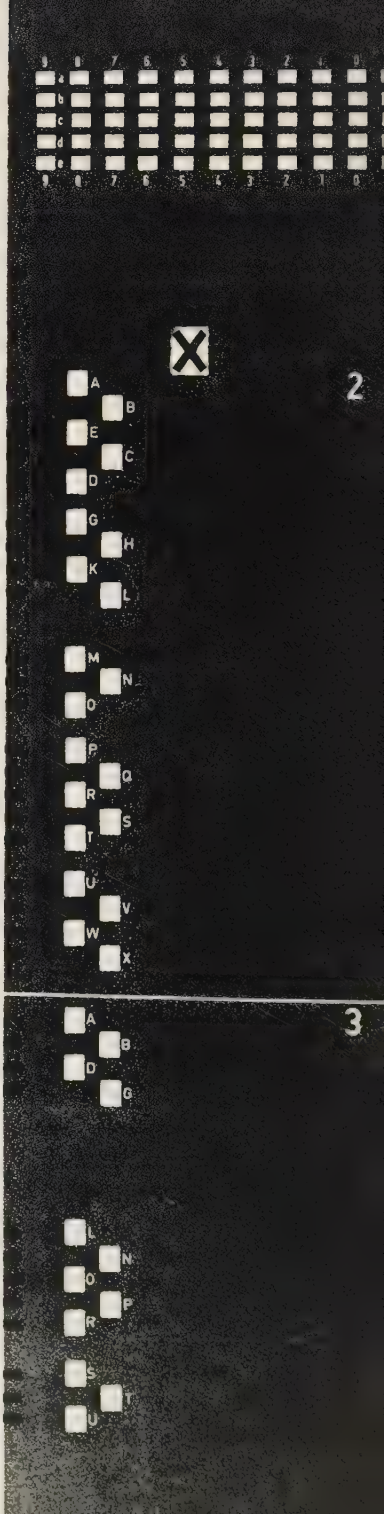
_____

Alter des Ehemannes:

bis 20
21 - 25
26 - 30
31 - 35
über 35

Beruf des Ehemannes:

_____



1. Hatten Sie während der Schwangerschaft Beschwerden?

4

- Übelkeit, gelegentlich Erbrechen — A
- häufiges Erbrechen — B
- starke Schmerzen (z.B. Kreuzschmerzen) — C
- nichts Nennenswertes — D
- sonstige Beschwerden — E

2. Wie empfanden Sie die Zeit der Schwangerschaft?

- überwiegend angenehm — G
- als sehr beglückend — H
- mehr als Belastung — L
- weder an- noch unangenehm — M

3. Glauben Sie, daß die Schwangerschaft Ihrer Figur und Attraktivität geschadet hat?

- Ja (z.B. wegen Schwangerschaftsstreifen, Krampfadern, Hängebauch usw.) — N
- Ja, aber es stört weder mich noch meinen Mann — O
- Nein — P
- Ja, mein Mann findet mich nicht mehr so attraktiv — R

4. Wie kam Ihre letzte Schwangerschaft zustande?

5

- wunschgemäß, d.h. geplant — A
- unerwartet, aber nicht unwillkommen — B
- unerwartet, nicht erwünscht — C

5. Wie haben Sie sich auf die Geburt und das Kind vorbereitet?

- Schwangerschaftsgymnastik — E
- Säuglingspflegekurs — G
- Lektüre und Gespräche über Geburt und Kindererziehung — H
- gar nicht — I

6. Wie wurde Ihr Kind entbunden?

- Spontan — L
- Zange oder Sauger — M
- Kaiserschnitt — N
- auf mir nicht bekannte Weise — O

7. Wie würden Sie den Verlauf der Geburt bezeichnen?

- schwer — P
- leicht — R
- normal — T

8. War Ihr Mann bei der Geburt anwesend?

- es war nicht gestattet — A
- Es war gestattet, aber er war nicht dabei — B
- er war dabei — C
- Ich bin gegen die Anwesenheit des Ehemannes — D

6

9. Wann haben Sie Ihr Kind nach der Geburt erstmalig gesehen?

- Sofort nach der Entbindung für einige Minuten — G
- Sofort nach der Entbindung für längere Zeit — H
- Erst Stunden nach der Entbindung — L
- Erst einige Tage nach der Entbindung — M

10. Waren Sie beim ersten Anblick Ihres Kindes

- enttäuscht über das Aussehen — N
- enttäuscht über das Geschlecht — O
- zufrieden — P
- sehr glücklich — R

11. Wer versorgte nach Ablauf der Mutterschutzfrist überwiegend Ihr Kind?

- ich selbst — A
- Großeltern oder andere Verwandte — B
- Kinderkrippe oder ähnliche Einrichtungen — C

7

12. Welche Stillzeiten gewährleistet nach Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit das Mutterschutzgesetz?

- Mindestens täglich zweimal eine halbe oder einmal täglich eine Stunde unabhängig von der Dauer der täglichen Arbeitszeit — D
- Mindestens zweimal täglich 45 Minuten oder einmal 90 Minuten bei einer zusammenhängenden Arbeitszeit von mehr als 8 Stunden — E
- Ich bin darüber nicht genau informiert — F

13. Hat sich nach der Geburt Ihres Kindes Ihr Beruf verändert?

- vorher berufstätig, jetzt nicht — G
- vorher und nachher berufstätig — H
- vorher und nachher nicht berufstätig — K

14. Vorausgesetzt Sie waren nach der Entbindung berufstätig, haben Sie von den gesetzlich gewährleisteten Stillzeiten während der Arbeitszeit Gebrauch gemacht?

- Ja — L
- Nein — M

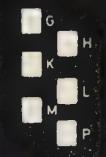
15. In Ihrem Entschluß Ihr Kind zu stillen wurden Sie beeinflußt durch

- niemand
- Ehemann
- Verwandte und/oder Bekannte
- Ärzte und Krankenhauspersonal
- Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen
- nicht zutreffend

8

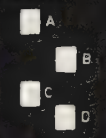
16. In Ihrem Entschluß Ihr Kind zu stillen wurden Sie beeinflußt durch

- niemand
- Ehemann
- Verwandte und/oder Bekannte
- Ärzte und Krankenhauspersonal
- Bücher, Zeitschriften, Radio, Fernsehen
- nicht zutreffend



17. Wie war die Einstellung Ihres Mannes zum Stillen?

- Gleichgültig, da das Kind unerwünscht war
- Gleichgültig, obwohl das Kind erwünscht war
- befürwortend
- ablehnend



9

18. Die Einstellung Ihrer Mutter zum Stillen ist:

- positiv
- gleichgültig
- negativ

19. Sind Sie selbst von Ihrer Mutter gestillt worden ?

- Ist mir nicht bekannt
- Ja
- Nein

20. Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?

- überhaupt nicht
- nur während des Klinikaufenthaltes
- 2 - 4 Wochen
- 4 - 8 Wochen
- 2 - 3 Monate
- 4 - 6 Monate
- länger

21. Aus welchen Gründen haben Sie abgestillt?

10

- Stilldauer schien mir lang genug — A
- Stillen mit zuviel Anstrengung verbunden — B
- künstliche Ernährung genauso wertvoll — C
- Milchproduktion nicht ausreichend — D

22. Wurden Sie zum Abstillen veranlaßt, weil

- Sie selbst erkrankten — E
- Ihr Kind krank wurde — F
- mit Beruf nicht vereinbar — G
- Schmerzen beim Stillen auftraten — H
- Ihr Kind Trinkschwierigkeiten hatte — K

23. Die Befürchtung, daß durch Stillen die Form der Brüste in Mitleidenschaft gezogen wird, ist

- berechtigt — L
- falsch — M

24. Wovon glauben Sie hängt die Milchproduktion entscheidend ab?

- körperliche Voraussetzungen (Größe u. Form der Brüste) — N
- seelische Verfassung — P
- Einstellung zum Kind — Q
- Ernährung der Mutter — R

25. Welches Erlebnis bedeutete für Sie der Stillvorgang?

11

- befriedigend und seelisch ausgleichend — A
- nur befriedigend, wenn man selbst entspannt war — B
- keine Empfindung — C
- viel schöner als ursprünglich gedacht — D
- belastend und anstrengend — E
- unangenehm, da schmerzhaft — F

26. Wie lange dauerte durchschnittlich das Stillen?

- weniger als 10 Minuten — H
- 10 - 20 Minuten — K
- 20 - 40 Minuten — L
- länger als 40 Minuten — M

27. Wie oft nahmen Sie eine Gewichtskontrolle des Kindes vor?

- nach jedem Stillen — P
- jeden Tag — R
- einmal in der Woche — S
- alle 2 - 4 Wochen — U

28. Nach welchem Verfahren geben Sie Ihrem Kind Nahrung?

12

zu den festgesetzten Zeiten — A
immer wenn es Hunger hat — B

29. Die künstliche Säuglingsnahrung ist im Vergleich mit der Muttermilch

nicht so vollwertig — C
genauso gut — D
besser, da hygienischer — E

30. Welche der folgenden Behauptungen halten Sie für richtig?

Stillen fördert die Mutter-Kind-Beziehung und die körperliche und seelische Entwicklung des Kindes — F
Ob Stillen oder Flasche, entscheidend ist die stetige Gewichtzunahme — G
Stillen dürfte auf die seelische Entwicklung eines Kindes kaum Einfluß haben, da sich das Seelenleben erst mit zunehmendem Alter entwickelt — H

31. Was tun Sie, wenn Ihr Kind schreit?

13

Ich gehe sofort hin und tue alles, bis es sich beruhigt — A
Wenn ich weiß, daß es keinen Hunger haben kann, lasse ich es schreien — B
Ich lasse es schreien, wenn Beruhigungsversuche erfolglos waren — C
Ich lasse es schreien, bis es von selbst aufhört — D
Wenn es mir zu unerträglich wird, versuche ich es zu beruhigen — E

32. Die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft wurde durchgeführt

durch einen Arzt meiner Wahl — G
Schwangerenberatung in einer Klinik — K
gar nicht — L

33. Wie oft wurden Sie während Ihrer Schwangerschaft ärztlich betreut?

regelmäßig, ca. alle 4 - 6 Wochen — M
unregelmäßig, in größeren Abständen — N
insgesamt 2 oder 3 mal — P
gar nicht — R

34. Hat Ihr Arzt während der Schwangerschaft mit Ihnen über Stillen gesprochen?

Er hat zugeraten und Stillen als wichtig hervorgehoben — A

Er hat mir abgeraten — B

Wir haben nicht darüber gesprochen — C

Er hat in keiner Weise versucht meine Entscheidung zu beeinflussen — D

14

35. Wie war die Einstellung Ihrer Entbindungsklinik zum Stillen?

Wenn es mit dem Stillen nicht auf Anhieb klappte, wurde man leicht ungeduldig — F

Trotz beim Stillen auftretender Schwierigkeiten wurde ich immer wieder zu neuen Versuchen ermuntert — G

Man war nur ungern bereit abzustillen — H

Der Entschluß nicht zu stillen oder abzustillen wurde sofort und bedenkenlos akzeptiert — K

36. Glauben Sie, daß die Unterstützung (d.h. Beratung und Erklärungen) in der Klinik bezüglich des Stillens und Abpumpens genügend umfangreich war?

Ja — L

Nein — M

37. Wie oft am Tag bekamen Sie Ihr Kind in der Klinik zum Stillen?

2 - 3 mal — A

3 - 4 mal — B

5 mal — C

mehr als 5 mal — D

15

38. Glauben Sie, daß die Zeiträume, die Ihnen der Säugling pro Mahlzeit in der Klinik zur Verfügung stand, ausreichten, um nachher das Stillen problemlos zu beherrschen?

Ja — E

Nein — F

39. Unter welchen Umständen hätten Sie in der Klinik Ihr Kind am liebsten gestillt?

in einem Zimmer mit mehreren Betten — G

in einem 2-Bettzimmer — H

in einem 1-Bettzimmer — K

40. Würden Sie befürworten, daß sich ein Säugling während des Klinikaufenthaltes im gleichen Raum mit seiner Mutter befindet?

Ja — L

gleichgültig — M

Nein — N

41. Haben Sie früher Kinder gestillt?

16

- nicht zutreffend
- ebenfalls nicht
- genauso lange wie das jetzige
- kürzer als das jetzige
- länger als das jetzige

42. Vor die Möglichkeit gestellt, würden Sie Ihr nächstes Kind

- wieder stillen
- nicht mehr stillen
- kürzer stillen
- länger stillen

43. Wenn sich mit Ihrem Kind Probleme ergeben, sprechen Sie darüber am liebsten mit

- meiner Mutter
- meiner Schwiegermutter
- Bekannten
- Ehemann

44. In wichtigen Familienangelegenheiten entscheiden

17

- vorwiegend mein Mann
- beide Ehepartner gemeinsam
- abwechselnd ich und mein Mann
- vorwiegend ich

45. Wie würden Sie Ihre Ehe charakterisieren?

- sehr harmonisch
- weitgehend harmonisch
- häufig Streit, aber keine Scheidungsabsicht
- Scheidungsgedanken bestehen

46. Welchen Ausbildungsabschluß haben Sie?

- Volksschulabschluß
- Mittlere Reife
- Berufsschulabschluß
- Fachausbildung
- Abitur
- Studium

Ihr Ehemann?

- Volksschulabschluß
- Mittlere Reife
- Berufsschulabschluß
- Fachausbildung
- Abitur
- Studium

47. Über welches durchschnittliche Bruttoeinkommen verfügt Ihre Familie monatlich?

- A unter 1000 DM
- B 1000 - 1500 DM
- C 1500 - 2000 DM
- D 2000 - 3000 DM
- E mehr als 3000 DM

48. In welchen Wohnverhältnissen leben Sie?

- F Untermietverhältnis
- G bei Eltern oder Schwiegereltern
- H Einzimmerwohnung
- K 1 bis 2 Zimmerwohnung
- L 2 bis 3 Zimmerwohnung
- M 4 oder mehr Zimmerwohnung
- N eigenes Haus

49. Die sanitären Einrichtungen Ihrer Wohnung bestehen aus:

- P Außentoilette
- Q Innentoilette
- R Innentoilette mit Bad

Bitte formulieren Sie selbst in einigen Sätzen Probleme, Fragen oder Bemerkungen, die Ihnen eventuell im Zusammenhang mit den oben beantworteten Fragen ein- oder aufgefallen sind und in irgendeiner Beziehung zum Stillen stehen.

Wir danken Ihnen in jedem Fall, auch wenn Sie diese Möglichkeit nicht in Anspruch nehmen.

11.0 Danksagung

Mein Dank geht an alle, die mir beim Zustandekommen dieser Untersuchung in jeder Form Hilfe geleistet haben.

Herrn Priv.Doz.Dr.med. M. Stauber danke ich für die Bereitstellung des Themas und seine immerwährende Unterstützung,

Herrn Dipl.Phys. J. Pachaly für die umfangreiche Auswertung und statistische Überprüfung der ermittelten Daten,

den Sozialpädagoginnen der Berliner Säuglingsfürsorgestellen für die Verteilung der Untersuchungsbögen.

Meiner Frau, Jutta Goldstein, danke ich für ihre Mithilfe beim inhaltlichen Aufbau des Untersuchungsbogens und bei der Durchsicht der zurückgesandten Untersuchungsbögen.

12.0 Lebenslauf

Ich, Michael Goldstein, wurde am 10.7.1948 in Berlin-Wilmersdorf als Sohn der Eheleute Ulrich und Margarete Goldstein geboren.
Im Jahre 1955 wurde ich in die Ruppin-Grundschule in Berlin-Schöneberg eingeschult, wechselte 1959 auf die Sternberg-Grundschule und trat 1961 in die Rheingau-Schule, Oberschule Wissenschaftlichen Zweiges, ein.- Nach regulärer Schulzeit habe ich 1968 die Reifeprüfung bestanden.
Im gleichen Jahr habe ich das Studium der Humanmedizin an der FU Berlin aufgenommen und dort mit Ablegung des medizinischen Staatsexamens am 25.8.1975 beendet.
Nach Ableistung der Medizinalassistentenzeit in den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Anaesthesie und Gynäkologie ist mir im März 1977 die Approbation als Arzt zuerkannt worden.

Seit Juni 1977 bin ich als Wissenschaftlicher Assistent im Institut für Anaesthesiologie im Klinikum Steglitz der FU Berlin in der Krankenversorgung tätig.

Ich bin seit 1973 mit Jutta Goldstein verheiratet und habe zwei 1973 und 1976 geborene Kinder.